

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU**

**MOŽNOSTI SPORTOVNÍCH AKTIVIT DĚTÍ S DĚTSKOU  
MOZKOVOU OBRNOU V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:  
doc. PhDr. Běla Hátlová, PhD

Zpracovala:  
Lenka Lerchová

Srpen 2006

## **ABSTRAKT**

**Název:** Možnosti sportovních aktivit dětí s dětskou mozkovou obrnou v Českých Budějovicích

**Subject:** The Possibilities of Sports Activities for Children with Cerebral Palsy in České Budějovice

**Cíl práce:** Cílem mé bakalářské práce je zmapovat nabídky organizací, které se zabývají sportovními aktivitami pro děti s dětskou mozkovou obrnou v Českých Budějovicích. Zjistit vztah dětí s dětskou mozkovou obrnou navštěvujících DC ARPIDA ke sportu. Navrhnout vhodné sportovní aktivity, které v nabídce sportovních organizací chybí.

**Metoda:** Pro získání potřebných informací k realizaci cílů práce a potvrzení hypotéz, byly zvoleny následující metody kvalitativního výzkumu: metoda zúčastněného pozorování, metoda neformálního rozhovoru, metoda analýzy dokumentů a metoda strukturovaného rozhovoru.

**Výsledky:** Podařilo se mi zmapovat nabídku sportovních aktivit pro děti s dětskou mozkovou obrnou v Českých Budějovicích. Metodou strukturovaného rozhovoru jsem zjistila, jaké sportovní aktivity děti s dětskou mozkovou obrnou provozují. Pokusila jsem se navrhnout sporty, které v nabídce sportovních organizací chybí.

**Klíčová slova:** sportovní aktivita, dětská mozková obrna, sport a handicap, organizace, sportovní disciplíny

Děkuji tímto svému vedoucímu práce doc. PhDr. Běle Hátlové, PhD za odborné vedení při zpracování této bakalářské práce.

Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatелů, kteří musejí pramen převzaté literatury řádně citovat.

Poznámka:

[illegible]



# OBSAH

1 Úvod.....	8
2 Teoretická východiska práce.....	9
2.1 Sportovní aktivita.....	9
2.1.1 Charakteristika sportovní aktivity .....	9
2.1.2 Základní rysy, úkoly a cíle sportu .....	10
2.1.3 Sportovní odvětví .....	12
2.2 Dětská mozková obrna.....	12
2.2.1 Charakteristika dětské mozkové obrny.....	12
2.2.2 Etiologie dětské mozkové obrny .....	13
2.2.3 Formy dětské mozkové obrny .....	14
2.2.4 Poruchy sdružené s dětskou mozkovou obrnou .....	17
2.2.5 Dítě s dětskou mozkovou obrnou v rodině.....	19
2.2.6 Socializace dítěte s dětskou mozkovou obrnou.....	20
2.3 Význam a rizika sportovních aktivit zdravotně postižených.....	21
2.3.1 Sport a handicap.....	21
2.3.2 Sport a kvalita života.....	22
2.3.3 Zdravotní význam sportu .....	24
2.3.4 Psychologický význam sportu.....	25
2.3.5 Sociální význam sportu .....	26
2.3.6 Sportovní aktivity a rizika .....	27
2.4 Legislativa sportu zdravotně postižených.....	28
2.5 Světové a české organizace zdravotně postižených sportovců.....	29

2.5.1	Vznik a vývoj mezinárodních a českých organizací zdravotně postižených sportovců.....	29
2.5.2	Mezinárodní sportovní organizace zdravotně postižených sportovců.....	31
2.5.3	Organizace sportu zdravotně postižených v ČR .....	33
2.6	Sportovní aktivity postižených dětskou mozkovou obrnou .....	34
2.6.1	Klasifikační systém CP-ISRA (Cerebral Palsy International Sports and Recreation Association).....	34
2.6.2	Sporty provozované Českou federací sportovců s centrálními poruchami hybnosti.....	36
3	Praktická část.....	43
3.1	Cíl práce a úkoly práce.....	43
3.2	Metodika práce.....	44
3.3	Hypotézy průzkumu.....	45
3.4	Výsledky průzkumu.....	46
3.4.1	První Centrum zdravotně postižených Jihočeského kraje.....	46
3.4.2	Kontakt bB.....	49
3.4.3	Strukturovaný rozhovor.....	51
3.5	Vyhodnocení hypotéz.....	60
4	Diskuze.....	61
5	Závěr.....	65
6	Seznam použitých zdrojů.....	67
7	Přílohy .....	71

## 1 Úvod

Počet lidí, kteří jsou zdravotně nebo tělesně postižení v našem okolí roste. Jsou nedílnou součástí naší společnosti. Žijí mezi námi, ať už si to uvědomujeme nebo ne.

Také s dětmi postiženými dětskou mozkovou obrnou se setkáváme poměrně často. Příčina je přičítána zejména pokrokům v intenzivní neonatologické péči, která umožňuje přežít stále většímu počtu nedonošených, a jinak vážně ohrožených novorozenců. Proto stále aktuálněji vyvstávají pro praxi úkoly k zajištění kvality života takto postižených dětí a tendence k rozvoji péče o jejich volný čas.

Jednou z možností využití volného času dětí s dětskou mozkovou obrnou je pohyb a sport ve všech možných a dostupných formách. Pohyb je přirozenou potřebou každého člověka, intaktního i zdravotně postiženého. Sport patří k uznávaným životním hodnotám jako zdroj zábavy, prožitku a náplň volného času. Při sportu dochází k získávání nových zkušeností a zážitků. To vše se děje ve společenském prostředí. Je tedy důležité, aby společnost vytvořila podmínky pro realizaci sportovních aktivit pro děti s dětskou mozkovou obrnou, a tím přispěla ke zkvalitnění života těchto dětí i jejich blízkých.

Tématem mé bakalářské práce jsou možnosti sportovních aktivit dětí s dětskou mozkovou obrnou v Českých Budějovicích. Hlavním impulsem pro psaní této práce na výše uvedené téma byla moje dcera, které je čtrnáct let. Stejně jako ostatní děti v jejím věku ráda lyžuje, plave a jezdí na „kole“. Místo kola, ale používá tricykl. Je postižena dětskou mozkovou obrnou.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Sportovní aktivita

#### 2.1.1 Charakteristika sportovní aktivity

Sportovní divize Rady Evropy vymezila sportovní aktivitu (sport) v Evropské chartě sportu. Jde o všechny formy fyzické aktivity, které se prostřednictvím náhodné či organizované účasti kladou za cíl projevení či zdokonalení tělesné a psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních (Evropská charta sportu, on-line).

Svoboda (2000) uvádí, že vymezení sportovní aktivity (sportu) v Evropské chartě sportu je velice široké. Významným hlediskem sportu je, že jde o všechny pohybové aktivity, sporty různé úrovně a zaměření, které provozuje populace nejrůznějšího věku.

Pohybová aktivita jedince je ovlivněna genetickou výbavou, stavbou těla, svalů, jeho možnostmi a individuálně podnětným prostředím, které vytváří stimulaci pohybu. Možnosti prostředí, potřeby, zvyky a návyky pak předurčují, jak bude v budoucnu chápán význam pohybu. Pohyb, tělovýchovná či sportovní aktivita je smysluplnou a žádoucí aktivitou volného času. Přispívá k harmonickému rozvoji osobnosti a působí na všechny jeho složky, pomáhá k uvolnění napětí a stresu. Zvyšuje celkovou kondici organismu, rozsah a koordinaci pohybu. Vytváří možnost pro zapojení do kolektivu. Výrazně napomáhá ke zvýšení sebedůvěry a seberealizace. Snižuje riziko vzniku civilizačních nemocí a ovlivňuje i jednotlivé orgány a jejich vzájemné vztahy (Dylevský, Kučera et al., 1997).

Dělení sportovní aktivity:

- Vrcholový sport – zpravidla na úrovni reprezentace. Cílem je individuálně maximální výkon, vyžaduje „profesionální“ materiální, ekonomické, časové a sociální zabezpečení a vysoce odborné individuální vedení.
- Výkonnostní sport – většinou organizovaný s více či méně pravidelnou přípravou. Cílem je výkon přinášející uspokojení, předpokládá možnost sdružování

v klubech, vyžaduje optimální materiální a finanční zabezpečení.

- Rekreační sport – zájmová činnost ve volném čase, hlavním cílem je prožívání. Zpravidla jde o neorganizovanou činnost, využívající nabízené možnosti v kruhu přátel, rodiny či individuálně. Základním předpokladem je dostatek informací, dopravní možnosti a využívání stávajících zařízení.

Zvláštní formou pohybových aktivit je pohybová činnost rehabilitačního charakteru, která je prováděna zejména ze zdravotních důvodů a pro zlepšení fyzické kondice. Patří sem některé rehabilitační a regenerační procedury, zvláštní a zdravotní tělesná výchova (Potměšil, 1997).

#### 2.1.2 Základní rysy, úkoly a cíle sportu

Sportovní výkon je funkcí celé osobnosti jedince. Sport není záležitostí jen čistě pohybového nadání a cvičení, ale mobilizuje i mnohé vlastnosti osobnosti a psychické funkce (Svoboda, 2000).

Oblast sporu charakterizují základní rysy:

- rozšířenost
- zvětšování rozsahu (vznik nových odvětví)
- společenský charakter
- pedagogický charakter
- specializace a náročnost
- dobrovolnost zapojení a výběru činnosti
- záměrná, víceméně pravidelná příprava
- účast na akcích, soutěžích
- usilování o výkon v rámci individuálních možností
- partnerský, rovnocenný vztah účastníků (Potměšil, 1998).

Úkoly sportovní aktivity:

- utváření potřebných vědomostí (o sportu, sportovním životě, konkrétních sportovních činnostech)
- utváření sportovních dovedností (především pohybových)
- rozvoj pohybových schopností, účelných pro daný sport a rozvoj celkové fyzické zdatnosti a výkonnosti
- utváření potřebných návyků a zvyků (režim dne, životospráva, hygiena, apod.)
- rozvoj specifických schopností (periferní vidění, rozhodování)
- regulace postojů k otázkám sportovního i běžného života
- ovlivňování interpersonálních vztahů (soutěžení, spolupráce, týmové cíle)
- všestranné působení na vlastnosti osobnosti sportovce (spíše podněcování než přímé formování)

Cílem sportu není jen dosažení maximálního výkonu. Zvyšování výkonnosti je vždy relativní vzhledem k možnostem jedince. I zcela slabý výkon může být pro jedince výsledkem velkého úsilí, sebezpřemáhání, námahy a v tomto ohledu plní sport úlohu, kterou mu připisujeme. V současné době se v pohledu na sport uplatňuje nový trend, který ve sportovní aktivitě hledá prožitek, potěšení z dílčích úspěchů, uvolnění, spolupráci a jiné zisky.

Cíl sportovní činnosti lze tedy charakterizovat jako přizpůsobení se nárokům sportovního života s úsilím o maximální výkon a s přispíváním k rozvoji osobnosti sportovce (Svoboda, 2000).

### 2.1.3 Sportovní odvětví

V současném dělení sportovních odvětví rozlišujeme:

A. Individuální sporty:

1. atletické
2. úpolové
3. gymnastické

4. vodní – plavecké, lodní
5. zimní – lyžařské, bruslařské, sánkařské
6. přírodní – lovecké, sporty se zvířaty
7. střelecké
8. technické – bezmotorové, motorové sporty
9. smíšené víceboje (biatlon, moderní pětiboj, triatlon)

**B. Sportovní hry:**

1. brankové – házená, hokej, kopaná, košíková, ragby
2. odrazecí – odbíjená, tenisové hry
3. pálkovací
4. trefování – koulové a curlingové hry, krometové a kulečnické hry, kuželky, golf
5. stolní – deskové hry, kostkové hry, karetní hry
6. bojové (Musil, Pavlík, Sobotka, 1997)

## **2.2 Dětská mozková obrna**

### **2.2.1 Charakteristika dětské mozkové obrny**

*„Dětská mozková obrna patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivní, leč ve svých projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku. Postihuje motorický systém, descendní nervová vlákna z motorické kůry a často se spojuje s neurokognitivními, senzorickými a senzitivními lézemi“ (Kraus et al., 2005, s. 21).*

Dunl et al. (2005) ve své definici uvádí dětskou mozkovou obrnu jako neprogresivní stálé poškození nezralého mozku vznikající prenatálně, perinatálně nebo postnatálně (do dvou let věku) s následnou převažující poruchou motorických funkcí.

Vlastní označení „dětská mozková obrna“ (DMO) je podle Šlapala (1996) a Kotagala (1996) dosti nepřesné, neboť ne všechny motorické projevy mají charakter obrny. Z těchto důvodů bývá někdy pro toto onemocnění označení encefalopatie, což je blíže nespecifikované poškození mozku.

Kotagal (1996) uvádí, že se jedná o stacionární encefalopatii, která je vyvolaná poškozením nezralého mozku v prenatálním, perinatálním a postnatálním období (včetně kojeneckého, někdy i mladšího batolického věku) a může se projevit motorickým, mentálním nebo smyslovým handicapem.

Onemocnění poprvé popsal Angličan William Little v roce 1862 u dětí po obtížných porodech. Mnoho desetiletí bylo potom používáno označení Littleova choroba. Název dětská mozková obrna uvedl Sigmund Freud v roce 1893. V naší republice se dětské mozkové obrně intenzivně věnoval neurolog Ivan Lesný a získal celoevropský věhlas a dále Václav Vojta s propracovaným systémem rehabilitace (Dungl et al., 2005).

#### 2.2.2 Etiologie dětské mozkové obrny

Etiologie dětské mozkové obrny zůstává asi ve 20-30 % případů nejasná (Kotagal, 1996).

Dungl et al. (2005) rozděluje příčiny vzniku na prenatální (předporodní), perinatální (porodní) a postnatální (poporodní).

**Prenatálně** se na vzniku dětské mozkové obrny podílejí především infekce skupiny TORCHES (toxoplasmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes a syfilis) a to až v 82 % případech. Další příčinou je působení toxinů různých drog (kokain, heroin, marihuana) a alkoholu, které přestupem přes placentární bariéru poškozují nezralý mozek. Další z možných příčin vzniku DMO je Rh- inkompabilita, infekce matky, abnormality placenty a metabolické onemocnění matky. Ve 12 % se na počtu postižených dětskou mozkovou obrnou podílí chorioamnionitida, což je zánětlivé onemocnění, které poškozuje glie i neurony fetálního mozku. Tyto plody jsou poté ještě náchylnější k ischemii mozku během porodu (porodní asfyxie). Příčinou mohou být i i vrozené malformace mozku.



**Perinatálně** se na poškození mozku podílí především hypoxie plodu z různých příčin, jak z poruchy placentárního oběhu, tak z hypoxie při předčasném porodu (bronchopulmonální dysplazie).

Prenatální a perinatální postižení tvoří 50-60 % postižených dětskou mozkovou obrnou.

**Postnatálně** se na vzniku dětské mozkové obrny (do dvou let věku) podílí jednak infekce (meningoencefalitida) a hypoxie, acidóza, toxiny a traumata, včetně syndromu týraného dítěte. Tyto příčiny reprezentují 5 % postižených (Dungl et al., 2005).

### 2.2.3 Formy dětské mozkové obrny

Klasifikace DMO dle Dungla et al. (2005) je založena na typu postižení lokomce (fyziologická klasifikace), jednak na postižené části těla (anatomická klasifikace) a podle posouzení pohybových schopností a tělesné zdatnosti (funkční klasifikace).

**Fyziologická klasifikace** je založena na změnách svalového napětí a postižení pohybu a zahrnuje spasticitu, dyskinetické formy (dystonii, ataxii, hypotonii a rigiditu) a smíšené formy.

1. Spasticita je nejčastější (75 % postižených) a je charakterizována hyperreflexií, omezením pohybu kloubů a změnou svalového tonu v závislosti na rychlosti pohybu (při rychlejším pohybu je tonus vyšší než při pomalém, což je označováno jako fenomén sklapovacího nože). Příčinou je nedostatečná inhibice motoneuronů předních míšních rohů, a tím monosynaptických reflexů. V důsledku toho se jednak zvyšuje svalový tonus a jednak je porušena správná inhibice antagonistů při pohybu v závislosti na intenzitě impulsů přicházejících ze svalových vřetének a Golgiho šlachových tělísek. Primární porucha je lokalizována do kortikobulbospinálních drah.
2. Dystonie (10 %) zahrnuje vady, při nichž je svalový tonus zvýšen, ale není závislý na změně rychlosti pohybu. Zahrnuje atetózu (pomalé bezděčné krouivé pohyby), choreu, smíšenou choreoatetózu a balismus, což jsou tzv.

dyskinetické formy, charakterizované krouživými nebo házivými bezděčnými pohyby končetin nebo celého těla.

3. Ataxie (15 %) zahrnuje poruchy rovnováhy a cílených pohybů v důsledku poškození mozečku (často při jeho vývojové anomálii).
4. Hypotonie je povšechné snížení svalového napětí, je obvykle počáteční fází onemocnění u malých dětí a obvykle s postupným vyzráváním přechází do spasticity, ale existují i přetrvávající hypotonické formy DMO.
5. Smíšené formy (spasticko-dyskinetické) jsou časté u většiny pacientů a dále hydrocefalu.

Neurologické projevy DMO zahrnují ztrátu selektivní motorické kontroly, abnormální svalový tonus, nerovnováhu mezi agonisty a antagonisty, poruchu rovnováhy a koordinace, senzorické poruchy a slabost. Tyto poruchy ruší nebo znemožňují normální hybnost a způsobují dyskomfort a bolest a v neposlední řadě omezují kvalitu života. Spasticita nejvíc omezuje růst svalů do délky a postupně způsobuje hypotrofii a deformity končetin a páteře. Fyziologická klasifikace má zásadní význam pro posouzení léčebných možností. Kromě motorických funkcí jsou porušeny i funkce senzorické (zrak, sluch, čítí) a často i intelekt, a to v závislosti na stupni postižení mozku (Dungl et al., 2005).

**Anatomická klasifikace** vychází z popisu spasticitou postižených částí těla. Tato klasifikace dělí DMO na následující podskupiny.

1. Hemiparéza (hemiplegie) postihuje 30 % pacientů a označuje postižení jedné poloviny těla. Obvykle je více postižena horní končetina (flexní držení), dolní končetina je v extenční poloze. Porucha je lokalizována do jedné hemisféry. Přidruženy jsou často epileptické záchvaty, poruchy učení i mentální retardace (Dungl, 2005).
2. Diparéza (diplegie, paraparéza) je nejčastější formou postižení (až 50 %). Převažuje postižení dolních končetin, vertikalizace a chůze jsou výrazně opožděny (7. rok), intelekt bývá většinou postižen minimálně, poruchy čítí jsou

minimální, stejně tak jako výskyt dalších přidružených poruch. Typickým projevem je tzv. nůžkovitá chůze (Dungl et al., 2005). Jankovský (2001) uvádí, že tato forma je charakteristickým syndromem, který vzniká v dětství před tím, než začne dítě chodit a nejvíce takto postižených dětí je narozeno předčasně.

3. Triparéza (triplegie), postiženy jsou obě dolní končetiny a jedna horní končetina.
4. Tetraparéza (kvadraparéza, kvadruplegie) je generalizované postižení celého těla včetně hlavových nervů a stabilizátorů trupu, s poruchou intelektu a dalšími poruchami (epilepsie, mentální retardace, pseudobulbární příznaky). Četnost výskytu postižených je 20 %. Vertikalizace a chůze dosáhne přibližně 10 % postižených, ostatní pacienti jsou zcela závislí na svém okolí.
5. Monoparéza je postižením jedné končetiny, obvykle dolní. Jedná se o vzácný typ postižení s minimálními přidruženými příznaky (Dungl et al., 2005).

**Funkční klasifikace** používá dělení pacientů na nechodící a chodící. Chodící pacienti se dále dělí na chodící samostatně, tj. nezávisle na pomůckách a chodící nesamostatně, tj. závisle na pomůckách (Dungl et al., 2005).

Šlapal (1996) vychází při klasifikaci DMO z klinického obrazu a dle typu hybného postižení rozlišuje formy spastické a nespastické, které patří k základnímu členění. Mezi spastické formy DMO řadí formu diparetickou, hemiparetickou a kvadraparetickou a mezi nespastické, formu hypotonickou centrálního původu a extrapyramidovou (dyskinetickou) formu DMO.

U Kotagala (1996) nacházíme pozměněnou klasifikaci DMO. Spastické formy jsou identické s výše uvedenými, jako extrapyramidovou formu uvádí autor dyskineticko-dystonickou, formu cerebellární, tedy hypotonickou a formy smíšené.

Klinické projevy závisí na stupni postižení, který je velmi variabilní a zahrnuje vedle poruchy lokomce i poruchy intelektu a kolísá od minimálního postižení (lehká mozková dysfunkce) po těžké postižení celého těla. Při těžkém postižení je porucha

motorických, senzitivních i senzorických funkcí a těžkými intelektovými změnami (Dungl et al., 2005).

#### 2.2.4 Poruchy sdružené s dětskou mozkovou obrnou

Nejzávažnější přidruženou poruchou u dětí s DMO s ohledem na sociální důsledky je mentální retardace (MR). Nejedná se o nemoc, ale spíše o trvalý stav, pro který je charakteristické celkové snížení intelektových schopností a obvykle je doprovázeno poruchami adaptace, nižší schopností orientovat se v daném prostředí (Jankovský, 2001).

Mentální retardace doprovází DMO asi u 2/3 nemocných, dle některých autorů méně často a dle jiných naopak častěji. Jde tedy o nejčastější a také nejzávažnější přitěžující faktor DMO. Asi u 1/3 nemocných s DMO jde o MR lehkou, u 1/3 středně těžkou a u zbývajících třetiny o těžkou až hlubokou tíži mentálního defektu (Kraus, 2005).

*Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo částečně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence (Pipeková et al., 1998, s.171).*

Mezi další závažné přidružené poruchy patří epilepsie, která poměrně často provází DMO a někdy bývá hlavní překážkou při zapojení člověka s postižením do aktivního života. Jako o nemoci hovoříme tehdy, dochází-li k opakovaným epileptickým záchvatům. Záchvatem se rozumí klinický projev, který je výsledkem paroxysmálního, rytmického a synchronizovaného výboje určité části korových neuronů. V průběhu záchvatů se zpravidla kombinuje několik klinických příznaků. Jedná se o poruchy vědomí, příznaky motorické (křeče, ztráta svalového napětí, automatismy), somatosenzorické (parestézie, zvonění v uších, světelné záblesky, atp.), vegetativní (změněná reakce zornic, změna barvy kůže, zvracení, pocení, bolesti hlavy, závratě, atp.) a psychické (různé subjektivní prožitky spojené se

změněným stavem vědomí). U dětí se projevují epileptické záchvaty různým způsobem a v různém věku (Jankovský, 2001).

U DMO je také častý výskyt smyslových poruch, převážně se jedná o zrakové obtíže. Tyto děti trpí např. amblyopií (tupožrakost), refrakčními poruchami a hemianopií (výpadek jedné poloviny zorného pole). Poměrně častým jevem je strabismus (šilhavost) a nystagmus (rychlé mimovolní pohyby očních bulbů). V důsledku strabismu dochází k poruše binokulárního vidění. Korekci strabismu u dětí s DMO lze provést pomocí pomůcek, případně upravit chirurgickou cestou. Pokud nedojde k úpravě stavu, šilhavé oko postupně slábne a vznikne tupožrakost. Dojde-li k výraznému snížení zrakové ostrosti, jedná se o slabozrakost, zbytky zraku, případně nevidomost (Jankovský, 2001). Zvláště děti, které přišly na svět předčasně a velmi nezralé, mívají závažnější poruchy zraku způsobené poškozením sítnice kyslíkovou terapií. Jde o tzv. kyslíkovou retinopatii, která často vede k téměř úplné nebo úplné trvalé ztrátě zraku (Kraus et al., 2005).

Poruchy sluchu se vyskytují zvláště u dyskinetické formy, což má negativní důsledky při socializaci dítěte s DMO a zejména ve vzdělávacím procesu (Jankovský, 2001).

Se sluchovým postižením jsou spojeny poruchy řeči, které jsou centrálního původu, např. vývojová dysfázie, což je zamezený vývoj řeči, nebo afázie, přerušovaný vývoj řeči (ztráta již vyvinuté řeči např. při úrazu hlavy). Častou poruchou expresivní složky řeči je dyslalie, tedy špatná artikulace hlásek, která je do 5. roku věku fyziologická (např. rotacismus, rotacismus bohemicus, sigmatismy, aj.). Velmi závažnou poruchou je anartrie, tedy neschopnost artikulovat jednotlivé hlásky nebo dysartrie, kdy je artikulace zcela nesrozumitelná. S dysartrií se často setkáváme právě u dětí s DMO, která je často spojena s mentální retardací (Lechta, 2002).

Při dosažení školního věku se začínou projevovat specifické poruchy učení jako je dyslexie (porucha čtení), dysgrafie (porucha psaní), dysortografie (porucha pravopisu) a dysnumerie (porucha počtů). Děti s opožděním řeči a mluvení mají větší četnost obtíží se čtením, ale mnohé se později číst naučí. Určité specifické poruchy učení se váží k jednotlivým formám DMO.

Ortopedické komplikace jsou častou přidruženou vadou DMO. Mezi nejčastější patří zkrácení Achillových a kolenních šlach, které brání chůzi a je nutná prolongace. Ortopedickou úpravu vyžadují určitých případech také flexory kyčle a adduktory stehna. Může dojít k dysplazii kyčelních kloubů, a to anomálním posturálním vlivem nevhodně kontrahovaných svalů. Objevit se může skolióza z asymetrické kontrakce paraspinálních svalů (Jankovský, 2001).

#### 2.2.5 Dítě s dětskou mozkovou obrnou v rodině

Narození postiženého dítěte představuje pro rodiče zátěž, obvykle neočekávanou a znamená pro ně trauma v oblasti sebehodnocení. Pocit neschopnosti zplodit normálního potomka je prožíván jako narušení vlastní identity, v tomto případě v rodičovské roli. Rodiče se mohou považovat za méněcenné, dokonce až vyřazené z normální lidské společnosti. Sociální reakce široké veřejnosti mohou tyto tendence ještě posilovat, zejména tehdy, pokud jde o vrozené a nápadné postižení (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2001).

První poznání, že s dítětem není něco v pořádku, znamená nevyhnutelně jistý otřes v postojích a představách rodičů a tento první pocit zklamání je přímo úměrný tomu, jak zjevný je defekt dítěte a jak dalece si rodiče uvědomují jeho dosah pro budoucnost (Matějček, 1992).

Matějček (1992) dále uvádí, že narozením postiženého dítěte bude nepochybně ovlivněn celý rodinný život, na který bude kladena mimořádná zátěž, s níž se musí co nejdříve vyrovnat a prvním předpokladem je, aby přijali postižení svého dítěte jako skutečnost a realisticky zhodnotili jeho současný stav i jeho další vývojové schopnosti.

Psychická zátěž kladena na celou rodinu vede často k jejímu rozpadu, z důvodu upnutí se matky a zvýšená péče o postiženého potomka, to vede k opuštění rodiny otcem a zasažení bývají i sourozenci, kterým je věnována menší pozornost, než postiženému dítěti (Kraus et al., 2005).

Dle Matějčka (1992) jsou určité zákonitosti vyrovnávání se s tíživými životními skutečnostmi. To, že je dítě vážně postiženo obvykle vyvolá silnou úzkost a pocit

beznaděje a tento otřesný životní prožitek trvá u jednotlivých rodičů různě dlouho. Brzy nastupuje druhé období, kdy se vzbouří obranné tendence, které nechtějí tuto skutečnost připustit a chtějí se jí vyhnout, prohlásit ji za omyl, nebo ji alespoň na někoho svést. Tak zvaná vina se hledá u osob nejbližších, ale v naprosté většině případů není vinen nikdo. To samozřejmě nikomu neprospívá, a tyto obranné tendence jen narušují rodinné ovzduší a jsou zdrojem rodinného nesouladu a v neposlední řadě i rozvodu. Po překonání obranné fáze začíná proces vyrovnání se a život s postiženým dítětem dostává nový smysl. Dle Jankovského (2001) se jedná o tzv. coping, vyrovnání se ze skutečností, že je dítě postiženo, že vybočuje z variační šíře normálu, a že nemůže naplnit očekávání, která do jeho narození všichni vkládali.

Rodiny pečující o postižené dítě přinášejí společnosti významnou a ceněnou hodnotu, která je spíše jen tiše očekávána a nikdy nemůže být doceněna a vzhledem k tomu, že je obtížně měřitelná, není plně doceněna ani materiálně (Kraus, 2005).

Důležité je přijetí dítěte takového jaké je a přijmout sebe, jako rodiče postiženého dítěte. Pak teprve lze dítěti zajistit šťastný život, což je dílem mimořádné osobní i společenské hodnoty a v pravém slova smyslu se jedná o hrdinství (Matějček, 1992).

#### 2.2.6 Socializace dítěte s dětskou mozkovou obrnou

Socializací v širším slova smyslu rozumíme celoživotní proces, kterým se lidský jedinec stává společenskou bytostí. Jedná se o nepřetržitý proces, ve kterém se jedinec adaptuje na sociální prostředí, do něhož se narodil a ve kterém žije. Včleňuje se do něj, přijímá společenské normy chování, životní styl, hierarchii hodnot atd. I v procesu socializace dosahuje dítě dospělosti, utváří si představu vlastního „já“, nachází vlastní sebepojetí a identitu v dané společnosti.

Zdravotní stav zásadním způsobem ovlivňuje sociální vývoj a postavení člověka ve společnosti. Společenské postavení člověka intaktního a výkonného je jiné než člověka chronicky nemocného, pohybově omezeného, žijícího s nějakou vadou či jinou poruchou. Zatímco každý jedinec dosáhne kolem 18 roku věku své tělesné

dospělosti a intaktní jedinec v různém časovém odstupu i dospělosti sociální, jedinci s postižením se to nemusí plnohodnotně podařit vůbec. Vždy zůstane být minimální míra sociální nesamostatnosti, závislosti. Úsilí společnosti směřuje k tomu, aby míra rozdílu mezi možnou dosaženou sociální zralostí a tou fakticky dosaženou byla co nejmenší. V obecné rovině je nízká míra tohoto rozdílu dobrým ukazatelem kvalitní péče o osoby s postižením, tedy jisté zralosti společnosti a její dobré sociální či zdravotní politiky (Kraus et. al., 2005).

## **2.3 Význam a rizika sportovních aktivit zdravotně postižených**

### **2.3.1 Sport a handicap**

Handicap je slovo, které se v Anglii objevilo již kolem roku 1827 (z anglického „hand in cap – ruka v klobouku) a pochází z prostředí dostihového sportu. „Ruka v klobouku“ označuje los, kterým se určuje, které z lehčích, starších či trénovanějších koní ponesou větší zátěž, aby byly podmínky pro všechny stejné a závod spravedlivý.

*„Mnohem později začal tento termín přeneseně u lidí označovat „zátěž“ nějakého onemocnění, tělesné vady, postižení. Jedná se tedy o znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám, většinou bez vlastního zavinění, které je dané genetickými, vrozenými či v průběhu života působícími faktory sociálními a sociálněpsychologickými“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s. 33).*

Sport je přirozenou potřebou každého člověka, zdravého i postiženého. Možnosti k realizaci individuálního pohybu jsou však u každého subjektu jiné, mohou být i částečně omezené, zvláště u jedinců se zdravotním postižením. Ale i přes určitá omezení, je možné i pro ně najít vhodné modely pohybových aktivit. V posledních letech se mezi novými možnostmi, formami a prostředky integrace, ale i sekundární zdravotní prevence objevují sport a jiné, modifikované pohybové činnosti (Severýnová, 2002).

Hypokinetický způsob života zdravotně postižených způsobují bariéry účasti ve sportu. Bariéry provozování sportovních aktivit:



- šok z postižení (u získaných postižení)
- „medicínský ochránářský postoj“ ze strany lékařů a rehabilitačních pracovníků (neriskovat, nepřeceňovat, nepřetěžovat)
- nedostatečná organizační, odborná a zvláštní propagační činnost sportovních svazů nevyhovující podmínky materiální a ekonomické, špatná spolupráce se sportovními svazy nepostižených a se zástupci správy na regionální úrovni (Potměšil, 1997).

Přínosu sportovních aktivit u zdravotně postižených jedinců je přisuzován zcela mimořádný význam. Provozování sportovních aktivit, které je podnětem rozvoje tělesné zdatnosti, přispívá zásadním způsobem k úspěšnému zvládnutí životně důležitých pohybů a úkonů, ale i k udržování a rozvíjení funkčních systémů organismu. Příznivě ovlivňuje psychiku jedince, může omezovat zdravotní rizika a zlepšovat sociální podmínky zdravotně postiženého jedince (Heller, Potměšil, 2001).

### 2.3.2 Sport a kvalita života

Pojem kvalita života je v současné době značně frekventovaný. Při hodnocení kvality života je nutné brát v úvahu:

- psychologické ukazatele (existenční podmínky, vztahy s ostatními lidmi, společenské aktivity, osobní rozvoj a naplnění života)
- sociální ukazatele (do utváření potřeb jedince se promítají objektivní podmínky jakými jsou např. zdravotní péče, společenské vztahy, životní úroveň, volný čas apod.)
- osobní spokojenost (výsledek spolupůsobení individuálních charakteristik jedince a objektivních podmínek) (Slepičková, 2000)

Kvalita života je tedy limitována různými faktory – genetickou výbavou, zdravotním stavem, životním prostředím, způsobem života, životní úrovní, spokojeností. Osobní spokojenost úzce souvisí s tělesnou zdatností, osobními návyky, pozitivním přístupem k životu (Fialová, 2002).

Pohybová a emoční prosperita jsou nespornými stavebními kameny kvality života. Civilizační vlivy přitom globálně vedou k pohybovému deficitu. Na významu nabývají volnočasové aktivity bohatě prožitkové, dynamické, aktivní a kreativní. Přední místo mezi těmito aktivitami zaujímá sport (Hošek, Jansa, Minaříková, 2002).

V souladu s etickými principy a s ohledem na každého postiženého člověka jsou sportovní aktivity důležitým prostředkem ke zlepšení kvality života.

Sport nabízí možnou cestu k dosahování osobní spokojenosti. Přispívání sporu ke kvalitě života výrazně přesahuje hranice trávení volného času. Sport přispívá ke zlepšení úrovně psychologických ukazatelů kvality života, např. tím, že umožňuje navazovat nová přátelství, utužuje rodinné vztahy, dává prostor k seberealizaci. Při sportu dochází ke získávání nových zkušeností, obohacování života o nové zážitky a prožitky. To vše se děje ve společenském prostředí. Je tedy důležité, aby společnost vytvořila podmínky pro realizaci sportovních aktivit (Slepičková, 2000).

Význam sportu pro zdravotně postižené je všeobecně uznáván. Existují však rozdílné názory na zaměření, objem a intenzitu pohybových činností osob se zdravotním postižením (Potměšil, Čichoň, 1999).

Cílem sportu zdravotně postižených je podíl na všestranném rozvoji osobnosti jedince s postižením. Především jde o získání či znovuoobjevení úplné nebo částečné samostatnosti a soběstačnosti, které jsou základem hodnotného osobního i rodinného života. Sport patří k uznávaným životním hodnotám i velmi těžce postižených jedinců jednak jako zdroj zábavy a prožitku, náplň volného času, ale i jako základní předpoklad rozvoje fyzických sil, psychické rovnováhy a sociálního jednání (Potměšil, Čichoň, Heller, 2002).

Za specifické cíle sportu zdravotně postižených považuje Kábele, J. (1992):

1. Rozvíjení základních pohybových schopností a dovedností, což jsou obratnost, síla, vytrvalost, udržení rovnováhy, prostorová orientace, rychlost reakce apod.
2. Osvojení žádoucích regeneračních a kompenzačních metod, tj. psychorelaxační techniky, automasáže, kompenzační cvičení, posilování, strečink a jiné.

3. Formování psychických vlastností jako je volní úsilí, schopnost koncentrace, zvládání emocí, adaptace, spolupráce, vyrovnávání se s konfliktními situacemi, kompenzace pocitů méněcennosti atd.
4. Překonávání sociálních bariér – přijetí sociálních rolí, navazování kontaktů mezi zdravotně postiženými, společenské kontakty zdravých a postižených, možnost výměny zkušeností a informací, propagace dosažených výsledků aj.
5. Předcházení vzniku tzv. civilizačních chorob z nedostatku pohybu, nevhodné životosprávy, časté neurotizace a vlivu stresogenních faktorů.

Význam sportu pro zdravotně postižené velmi dobře vystihuje Doporučení ministrů rady Evropy v Evropské chartě sportu. Vychází z principu, že každý člověk má právo na sport. Vyzývá k řešení této problematiky a opírá se o vyjádření zakladatele sportu zdravotně postižených L. Guttmanna, který hovoří o obrovské terapeutické hodnotě sportu a jeho nezastupitelné roli v procesu fyzické, psychické i sociální rehabilitace postižených (Potměšil, Čichoň, 1999).

### 2.3.3 Zdravotní význam sportu

Vliv pohybových aktivit z hlediska fyziologického působení na organismus je významný. Provozování sportovních aktivity ovlivňuje zlepšování funkce dýchacího a kardiovaskulárního systému, zvyšování látkové výměny, prokrvování tkání a snižování rizika kožního defektu. Pohybová aktivita je také vhodným prostředkem v boji proti obezitě a v prevenci civilizačních onemocnění (Králík, 2001).

Kovář (1998) uvádí, že pravidelnost a intenzita pohybu obnovuje, zlepšuje a udržuje dřívější funkce nebo napomáhá maximalizovat funkce zbývající (Kovář, 1998).

Přiměřené provozování vhodné sportovní aktivity zajišťuje u postiženého zlepšování úrovně motoriky, držení těla, prostorové orientace a celkové koordinace. U tělesně postižených osob je zdravotní význam sportu spatřován zvláště ve zvyšování kloubního rozsahu a silové úrovně, vyrovnávání svalových disbalancí, snižování svalových kontraktur a v kompenzaci jednostranné zátěže. Sport je tedy

účinným prostředkem proti svalové atrofii. Udržuje a rozvíjí celkovou fyzickou kondici postižených. To se projevuje především rozvojem svalové síly a vytrvalostní výkonnosti, což jsou důležité komponenty komplexních dovedností, které postiženému umožňují vyrovnávat se s úkoly běžného každodenního života (Bělková, 1998).

#### 2.3.4 Psychologický význam sportu

Vývoj osobnosti postižených osob má stejné zákonitosti jako u osob zdravých. Zdravotní postižení nevytváří samo o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, ale připravuje mu náročnější životní situaci. Postižení působí na jedince zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, zhoršuje každodenní situaci postiženého, způsobuje řadu konfliktů, z nichž některé jsou pro postiženého neřešitelné (např. životní ambice proti reálným možnostem) a způsobuje řadu frustrací (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001).

Psychologické studie uvádějí, že přibližně 50 % osob se zdravotním postižením se přizpůsobuje životním okolnostem stejně vyrovnaně jako většina osob bez postižení. Současně se však připomíná, že se mezi zdravotně postiženými vyskytuje znatelně více jedinců bázlivých a otažitých, nevraživých a lítostivých. Neplatí žádná přímá úměrnost mezi určitým druhem postižení a povahovými rysy člověka. Je však prokázáno, že zdravotně postižení lidé se sami sebou více zabývají a pociťují více těžkostí než osoby bez postižení (Matějček, 2001).

Nejčastější psychickou komplikací u zdravotně postižených bývá zesílený pocit méněcennosti. Často se vyskytují prožitky zahanbení, závisti a vzdoru. Nedostane-li se postiženému zvláštního porozumění a přístupu, může velmi snadno dojít ke dvěma extrémům v chování.

- Postižená osoba se odpoutává od okolního světa, je pasivní, straní se společnosti a vytváří si svůj vlastní svět. Ochuzuje se o působení podnětů obvyklého života, zaostává a tím se pocit méněcennosti zvětšuje.

- Postižený jedinec prosazuje své uplatnění velmi rozhodným způsobem, bezohledně a za každou cenu.

Důležité je nabídnout postiženému takové podněty, které mu pomohou postižení přijmout a vyrovnat se tak s určitým omezením. Významnou roli zde hraje nabídka náhradních činností, kde má možnost zdravotně postižený jedinec uplatnit se. Sportovní aktivita je proto vhodnou oblastí, kde velmi důležitou roli hraje výběr vyhovující sportovní činnosti, ve které má postižený jedinec vhodnou příležitost k uplatnění a k seberealizaci (Srdečný, 1986).

Pohyb pozitivně ovlivňuje celkové sebepojetí člověka působením na zvyšování sebedůvěry, samostatnosti, pocitu vlastní hodnoty, povědomí o sebekázni a sebekontrolě, přináší subjektivní pocity zdraví, síly, dostatku energie (Fialová, 2002).

Dochází k formování psychických vlastností jedince, tj. volní úsilí, schopnost koncentrace, zvládání emocí, adaptace a kooperace, vyrovnávání se s konfliktními situacemi, kompenzace pocitů méněcennosti (Kábele, J., 1992).

Postižený jedinec získá pocit uspokojení, životní rovnováhu a lze očekávat plné zapojení postiženého jedince do běžného života a do společnosti (Srdečný, 1986).

#### 2.3.5 Sociální význam sportu

Sport nelze posuzovat pouze z hlediska tělesných a psychologických účinků. Takový pohled je příliš úzký a plně neodráží realitu, neboť jakákoli pohybová aktivita se týká celé osobnosti a jejího sociálního začlenění.

I když účast na sportovních aktivitách je především záležitostí individua, má její realizace nesporně sociální kontext. Vztah mezi sportem a společenskými hodnotami je navzájem závislý. Společenské hodnoty ovlivňují druhy provozovaných sportů, způsob jejich organizace a motivaci k účasti ve sportovních aktivitách. Také sport působí zpětně, především ve smyslu posilování určitých hodnot. Prostřednictvím systému obecně chápaných a přijímaných hodnot sport

podporuje vývoj a posílení identity a tím sociální integraci (Slepička, Slepíčková, 2002).

Sportovní aktivity umožňují společnou participaci intaktních a zdravotně postižených. Při sportu dochází k překonávání sociálních bariér. Postižený jedinec přijímá své sociální role, navazuje kontakty a nová přátelství s jinými postiženými či zdravými jedinci. Dochází k výměně zkušeností a informací. Prostřednictvím těchto vztahů se postižený jedinec zapojuje do dalších společenských aktivit a nedochází k sociální izolaci (Kábele, J., 1992).

#### 2.3.4 Sportovní aktivity a rizika

Vedle přínosů pohybových aktivit se na druhé řadě hovoří i o jejich rizicích. U zdravotně postižených jsou dána zejména fyziologickým stavem organismu. Jakákoliv porucha zdraví vyžaduje opatrnost při výběru tělesných cvičení a rovněž i při zvažování účasti ve sportovních aktivitách. Lidé odpovědní za programy sportovního vyžití by měli být obeznámeni s teoretickými základy dané poruchy a omezeními, která z toho vyplývají a měli by být schopni aplikovat cvičení vzhledem k potřebám, omezením, způsobilosti a motivům každého zúčastněného (Evropská charta sportu, on-line).

Realizace pohybových programů by měla být pod dohledem lékaře a v rámci edukačního procesu vyžaduje stanovení cílů s ohledem na prospěch pro zdravotně postiženého jedince. V této souvislosti jsou na místě úvahy o tom, zda je pro zdravotně postižené děti dominantní výkon nebo spíše prožitek (Bláha, 2002).

Zemánková (1996) například upozorňuje, že děti s hypertonickou a dyskinetickou formou by neměly soutěžit, protože se u těchto forem výrazně zvyšuje stresem svalové napětí, které dítě blokuje a vede ke komplexům.

Dětský organismus většinou dobře snáší a přijímá pestrou nabídku pohybových činností zaměřenou na všechny prvky základních pohybových schopností, jako je obratnost, síla a vytrvalost, které jsou přizpůsobeny jeho věku a zdravotnímu stavu. Pokud se ale dává přednost jen některé z uvedených schopností, pak to může vyvolat poruchy ve vývoji pohybového systému a dalších orgánů. Vzniká únava

z jednostranného přetěžování a nedostatek podnětů pro rozvoj některých schopností pak působí tlumivě na celkový rozvoj (Pernicová et. al., 1993).

Podstatou sportovních aktivit zdravotně postižených by tedy mělo být provádění odpovídajících aktivit s optimálním zatížením. Potměšil uvádí: „*Stále platí, že jakékoli minimální množství sportovních činností je lepší než pohybová nečinnost. Obecným doporučením je realizovat sport, který je prožíván, přináší uspokojení a smysl*“ (Potměšil, 1998, s.107).

## **2.4 Legislativa sportu zdravotně postižených**

Existence sportovní legislativy je logickým důsledkem zvýšeného zájmu o právní aspekty sportovní činnosti. Hovoříme-li o „sportovní legislativě“, je třeba pod tímto pojmem chápat legislativu zaměřenou výhradně na oblast sportu. Vývoj sportovní legislativy lze z časového hlediska zahrnout především do 20. století.

Zatímco dříve byl sport spojován s prvky odpočinku, oddechu a volného času, jeho pojmání a chápání jako lidského práva ho zařadilo do zcela jiné kategorie. Deklarace práva na sport především znamená, že sport se stává právem pro všechny fyzické osoby, tedy i občany se zdravotním postižením.

V současné době je právo na sport vtěleno zejména do mezinárodních chart zaměřených na oblast tělesné kultury a sportu.

Právo každého jedince provozovat sport zakotvila již Evropská charta sportu pro všechny z roku 1974. V článku 1, tento dokument vyzývá všechny instituce zabývající se sportem, aby bez diskriminace pomohly všem občanům pochopit hodnotu sportu a umožnit jeho provozování během celého života.

Důležitým mezinárodním dokumentem je Mezinárodní Charta tělesné výchovy a sportu z roku 1978, která byla oficiálně uznána více než 160 členskými zeměmi UNESCO.

- Čl. 1, odst. 1 deklaruje základní právo každého člověka, kterým je přístup k tělesné výchově a sportu, které jsou nezbytné pro rozvoj osobnosti.

- Čl. 1, odst. 2 se zabývá podmínkami k účasti ve sportu a dosažení maximální úrovně sportovní výkonnosti pro všechny.
- Čl. 1, odst. 3 zajišťuje osobám se zdravotním postižením mimořádné podmínky, které umožní úplný rozvoj osobnosti prostřednictvím sportovních programů přizpůsobených jejich potřebám (Králík, 2001).

V roce 1992 členské země Rady Evropy přijali Evropskou chartu sportu. Česká republika přijala tento dokument v roce 1994.

- Čl. 1 zakotvuje právo na sport.
- Čl. 4 odst. 2 deklaruje přijetí opatření, která poskytují všem občanům možnost sportovat a také osobám znevýhodněným či tělesně postiženým, plně těchto možností využívat.
- Čl. 4 odst. 4 se zabývá zpřístupněním sportovních zařízení pro všechny osoby se zdravotním postižením (Evropská charta sportu, on-line).

## **2.5 Světové a české organizace zdravotně postižených sportovců**

### **2.5.1 Vznik a vývoj mezinárodních a českých organizací zdravotně postižených sportovců**

Historie sportu tělesně postižených sahá do období konce I. světové války, kdy se vraceli invalidé z válečných bojišť. Opravdový rozvoj sportu handicapovaných však začíná až po II. světové válce. Z bojišť přichází do nemocnic mnoho těžce zraněných mladých mužů. Specifikuje se péče nejen v nemocnicích, ale vznikají i sanatoria a lázně, kde je kladen důraz na rehabilitaci. V těchto rehabilitačních ústavech se fyzicky zdatní muži jen těžce smiřují s nečinností. A proto do svého programu zapojují sport nejen jako nedílnou součást fyzioterapie, ale i jako projev přirozené soutěživosti a vítězství.

V rehabilitačním centru nedaleko Londýna, ve Stoke Mandeville působil v roce 1944 neurochirurg Ludwig Guttmann, který převážně těmto mladým mužům bez šance na zapojení se do běžného života doporučoval kromě rehabilitace i tělesnou



výchovu a sport. Rostoucí zájem jeho pacientů přivedl Guttmanna na myšlenku uspořádat sportovní soutěže, které se postupně začaly rozšiřovat do celého světa. Již za dva roky od prvních pokusů se začalo s přizpůsobováním herních pravidel pro tělesně postižené. Zpočátku měla jednotlivá centra svá vlastní pravidla. Soutěže probíhaly pouze v rámci těchto ústavů. První oficiální sportovní hry proběhly 21. července 1948 právě ve Stoke Mandeville. Účastnilo se jich 16 sportovců a mezi nimi byly i dvě ženy. Vozíčkáři soutěžili v atletických disciplínách, jízdách zručnosti, kuželkách a lukostřelbě (Kábele J., 1992).

Po tomto úspěchu byly uspořádány v roce 1952 první mezinárodní sportovní hry za účasti 130 sportovců a sportovkyň. Vzrůstající zájem o sport postižených přiměl Guttmanna v roce 1957 k založení mezinárodní sportovní organizace vozíčkářů. Podle místa konání prvních her nese název Mezinárodní organizace her ve Stoke Mandeville (ISMGF – International Stoke Mandeville Games Federation). Za pouhých osm let dovedl zakladatel svoji myšlenku o nejvyšších sportovních hrách postižených sportovců k cíli. Roku 1960, necelé dva měsíce po skončení olympijských her se uskutečnily v Římě tzv. Letní hry postižených – I. paralympiáda. Název soutěže byl odvozen od slova paraplegie – postižení zúčastněných sportovců. Později začali soutěžit sportovci i jinak handicapovaní a význam „para“ se začal chápat jako paralelně probíhající s olympiádou zdravých sportovců.

S nárůstem počtu sportovců s různými postiženími začaly vznikat další organizace, které si daly za cíl propagaci paralympijských sportů, sjednocení pravidel a zvýšení kvality soutěží na mezinárodní úrovni. Takovou organizací je Mezinárodní organizace pro postižené sportovce (ISOD – International Sports Organisation for the Disabled), která byla založena v roce 1963 a zabezpečovala zájmy postižených mozkovou obrnou, tělesně a zrakově postižených. V roce 1978 se z ní vyčlenila Mezinárodní sportovní organizace spastiků (CP-ISRA – Cerebral Palsy-International Sports and Recreational Association).

Počátky sportovní činnosti zdravotně postižených u nás byly v rehabilitačních ústavech v Kladruzech u Vlašimi a v Chuchelné u Opavy, kde se již od roku 1948 pořádaly tzv. Kladrubské hry a Severomoravské hry pro tělesně a zdravotně

postižené. Po návratu z pobytu hledali pacienti možnosti pokračování ve své sportovní činnosti a vznikaly první oddíly zdravotně postižených sportovců, většinou při tělovýchovných jednotách. Zpočátku byly nejpočetnější a nejaktivnější oddíly paraplegiků (Kábele, F. et al., 1993).

V roce 1949 došlo k direktivnímu sloučení zdravotních postižení a jejich sportovních aktivit, do jedné zájmové organizace pod společným názvem Ústřední jednota invalidů .

V roce 1951 byla zřízena v Československém svazu tělesné výchovy Komise pro sport defektních osob, která byla v roce 1961 přeměněna v Sekci defektních sportovců. Ta měla již čtyři komise: pro sport tělesně, zdravotně, zrakově a sluchově postižených. V roce 1970 dochází k osamostatnění sportovních aktivit tělesně a zrakově postižených osob a vzniká samostatný Svaz tělesně a zrakově postižených sportovců ČSTV. V roce 1981 je tento svaz přejmenován na Svaz invalidních sportovců. V roce 1988 došlo ke sloučení sportu zdravotně postižených do jednotné sportovní organizace pod názvem Svaz tělesně postižených sportovců se čtyřmi sekcemi: tělesně, zdravotně, zrakově a sluchově postižených sportovců. Po roce 1989 se Svaz zdravotně postižených sportovců rozčlenil na jednotlivé svazy dle postižení (Kábele, F. et al., 1993).

#### 2.5.2 Mezinárodní sportovní organizace zdravotně postižených sportovců

Po druhé světové válce se zdravotně postižení sportovci začali sdružovat do mezinárodních organizací dle svého postižení. Všechny tyto organizace byly v roce 1992 sloučeny pod Mezinárodní paralympijský výbor (IPC – International Paralympic Committee). IPC má sídlo v Bonnu (Německo) a jeho primárním cílem je řídit, rozvíjet a podporovat Paralympijské hry. IPC je jedinou mezinárodní sportovní organizací postižených sportovců, která zahrnuje s výjimkou sluchově postižených všechny skupiny zdravotně postižených osob (Charvátová, 1997).

Mezinárodní sportovní organizace pro zdravotně postižené sportovce:

ISOD – International Sports Organisation for the Disabled – Mezinárodní sportovní organizace pro postižené amputacemi i jiným tělesným postižením. Založena roku 1963.

ISMWSF – International Stoke Mandeville Wheelchair Federation – Mezinárodní organizace pro vozičkáře-paraplegiky. Založena roku 1952.

CP-ISRA – Cerebral Palsy International Sports and Recreation Association – Mezinárodní organizace pro sport a rekreaci lidí s centrálními poruchami hybnosti. Založena roku 1978.

IBSA – International Blind Sports Association - Mezinárodní sportovní organizace pro nevidomé, založena roku 1980.

INAS-FMH – International Sports Federation for Persons with Mental Handicap – Mezinárodní sportovní organizace pro osoby s mentálním postižením, založena roku 1986.

CISS - Comité International Sports des Sourds – mezinárodní svaz pro neslyšící sportovce. Organizace byla založena roku 1924, není členem mezinárodního paralympijského výboru a neúčastní se paralympijských her. Tato organizace pořádá Deaflympiády, olympiády pro sluchově postižené.

### Paralympiáda

Je nejvyšší světová soutěž pro zdravotně postižené sportovce. Vyhlašuje ji Mezinárodní paralympijský výbor (IPC), který má za úkol řídit, rozvíjet a podporovat paralympijské hry. Tyto hry jsou nejlepší příležitostí k prezentování výkonů a výsledků zdravotně postižených sportovců.

První letní paralympijské hry se konaly v roce 1960 v Římě a probíhaly paralelně s olympiádou zdravých sportovců. První zimní paralympijské hry se konaly v roce 1976 v Ornsköldviku ve Švédsku.

### 2.5.3 Organizace sportu zdravotně postižených v ČR

#### Český paralympijský výbor

Pravomoci týkající se zabezpečení účasti zdravotně postižených sportovců ČR na letních a zimních Paralympiádách a Deaflympiádách zabezpečuje Český paralympijský výbor (ČPV). ČPV je členskou organizací ICP od roku 1994. Hlavním posláním ČPV je rozšiřovat myšlenky paralympismu mezi zdravotně postiženými sportovci, podporovat sport na vrcholové úrovni a spolupracovat s mezinárodními organizacemi. Řádnými členy ČPV jsou jednotlivé svazy zdravotně postižených sportovců v ČR (Charvátová, 1997).

#### Unie zdravotně postižených sportovců

Unie zdravotně postižených sportovců ČR (UZPS ČR) je multisportovní formací, která zastupuje šest samostatných sportovních svazů s celostátní působností, členěných podle jednotlivých typů zdravotního postižení:

1. Česká federace sportovců s centrálními poruchami hybnosti Spastic Handicap, která sdružuje především sportovce s vadami vrozenými, zejména s poškozením centrální nervové soustavy. Převážně sportovce s následky dětské mozkové obrny.
2. Český svaz mentálně postižených sportovců (ČSMPS).
3. Český svaz neslyšících sportovců (ČSNS).
4. Český svaz tělesně postižených sportovců (ČSTPS), sdružuje především sportovce s vadami získanými po úrazech páteře (paraplegie, kvadruplegie), či s končetinovými amputacemi a s ortopedickými vadami.
5. Český svaz zrakově postižených sportovců (ČSZPS).
6. Český svaz vnitřně postižených sportovců (ČSVPS).

Sportovní svazy UZPS ČR jsou samostatné právní subjekty, které dále sdružují na území celé ČR 149 tělovýchovných jednot a sportovních klubů zdravotně postižených s celkovou základnou 16 529 registrovaných členů. V těchto organizacích jsou realizovány sportovní aktivity zdravotně postižených na všech

výkonnostních úrovních. ČSVPS má v ČPV statut přidruženého člena, jelikož jeho aktivity nejsou na programu paralympiád a deaflympiád.

Prostřednictvím jednotlivých svazů organizuje UZPS ČR soutěže ve 25 druzích sportovních aktivit a zajišťuje účast na mezinárodních soutěžích (Ročenka ČSTV, 2002).

## **2.6 Sportovní aktivity postižených dětskou mozkovou obrnou**

### **2.6.1 Klasifikační systém CP-ISRA (Cerebral Palsy International Sports and Recreation Association)**

Klasifikační systém CP-ISRA uznává, že mozková obrna je stav oslabení různého stupně, způsobeného poškozením mozku. Účel klasifikace spočívá v poskytnutí spravedlivého výchozího bodu pro soutěžení všem sportovcům. Cílem klasifikace je zajistit, aby rozlišující faktor sportovního výkonu závisel na tréninku, úrovni dovedností a sportovních zkušenostech. Klasifikační systém hodnotí přirozené neurologické funkce sportovce ve vztahu k jeho sportovní disciplíně a tím mu umožňuje soupeřit s jedinci, kteří mají podobný stupněm neurologického postižení.

Účastníci kvalifikovaní na mezinárodní soutěže musí být starší 15 let ke dni jejich zahájení. Výjimku tvoří plavecké soutěže a juniorské soutěže.

Klasifikační tým tvoří: lékař, rehabilitační pracovník a sportovní technik. Na mezinárodních soutěžích působí jeden služebně starší klasifikační tým jako konečný rozhodčí v klasifikačních postupech. Klasifikační tým ohodnotí sportovce na základě požádání o předvedení: všeobecných pohybů (chůze, běh, skoky atd.), rovnováhy, držení těla, propojených motorických pohybů, konkrétních technik potřebných pro sportovní disciplínu(y), které se sportovec bude účastnit.

Zdravotní klasifikace CP-ISRA tvoří osm tříd, přičemž třída C1 až C4 jsou sportovci, kteří ke své sportovní disciplíně potřebují vozík či odhodovou stoličku (vozičkáři nebo velmi těžcí berličkáři). Do třídy C5 až C8 patří sportovci chodící, někteří mohou používat i opěrné pomůcky (Zdravotní klasifikace, on-line).

#### Klasifikace spasticity : Aschworthova škála hodnocení spasticity

<i>Svalový tonus</i>	Skóre
žádné zvýšení svalového tonu	0
lehké zvýšení svalového tonu, problémy s upuštěním předmětů nebo minimální odpor na konci ROM*	1
lehké zvýšení svalového tonu, problémy s upuštěním předmětů a odpor patrný během ROM	1 +
výraznější zvýšení svalového tonu, ale ještě poměrně snadný pasivní pohyb	2
obtížný pasivní pohyb, výrazné zvýšení tonu	3
rigidní končetina, téměř nemožný pasivní pohyb	4

\*ROM – rozsah aktivně prováděného pohybu (z angl. range of motion) (Kraus, 2005)

Funkční klasifikace: provádí se testy dolní končetiny, trupu, horní končetiny a ruky.

Klasifikační třídy dle Spastic Handicap (CP-ISRA):

**C 1** - kvadruplegik (tetraplegik) = těžké postižení. Silná spasticita (stupeň 3-4) nebo atetóza s chabým funkčním rozsahem pohybu, chabou funkční silou a kontrolou. Při pohybu závislý na elektrickém vozíku, není schopen funkčně pohánět vozík

**C 2** - kvadruplegik (tetraplegik) = těžké až střední postižení. Stupeň spasticity 3 s atetózou nebo bez atetózy. Silná atetóza nebo tetraplegie s větší funkčností méně postižené strany. Chabá funkční síla všech končetin a trupu, ale jedinec je schopen pohánět vozík po rovině a do mírného kopce. Třída C 2 je rozdělena na dvě podskupiny – C 2u (horní končetiny jsou podstatně výkonnější než dolní) a C 2l (sportovci třídy C 2l jsou někdy schopni chůze).

**C 3 - kvadruplegik (tetraplegik) - těžký hemiplegik = střední kvadruplegie, triplegie nebo těžká hemiplegie.** Stupeň spasticity dolních končetin 4 až 3. Sportovec používá vozík, který je schopen pohánět samostatně může být schopen chůze s pomocí nebo s pomocnými prostředky. Téměř úplná funkční síla v dominantní horní končetině se stupněm spasticity 3 až 2.

**C 4 - diplegik = střední až těžké postižení.** Dobrá funkční síla s velmi lehkým omezením nebo problémy v kontrole je znatelná u horních končetin a trupu. Dolní končetiny vykazují stupeň spasticity 4 až 3, který je obvykle činí nefunkčními k chůzi na dlouhé vzdálenosti bez pomocných prostředků. Ve stoji je zřetelná špatná rovnováha.

**C 5 - diplegik = střední postižení.** K chůzi potřebuje pomocné prostředky, ale nikoli nezbytně pro stoj. Posun těžiště může vést ke ztrátě rovnováhy. Zde může být i triplegik (postižení tří končetin).

**C 6 - sportovec s atetózou nebo ataxií = střední postižení.** Chodí bez pomůcek. Nejvíce převládá atetóza, v této třídě mohou být i kvadruplegici se spasticitou. Při sportovní činnosti jeví obvykle všechny končetiny funkční postižení. Sportovci této třídy mají větší potíže s ovládním horních končetin než sportovci C 5, ale dolní končetiny vykazují lepší funkci, zejména při běhu.

**C 7 - hemiplegik = postižení poloviny těla se stupněm spasticity 3 až 2, sportovec** chodící bez pomůcek, ale častým jevem je kulhání v důsledku spasticity v dolní končetině. Dobrá funkční schopnost dominantní poloviny těla.

**C 8 - velmi lehké postižení.** Diplegici a hemiplegici s lehkou spasticitou (stupeň 2 až 1), monoplegici (postižení 1 končetiny) a sportovci s lehkou atetózou/ ataxií (Zdravotní klasifikace, on-line).

#### 2.6.2 Sporty provozované Českou federací sportovců s centrálními poruchami hybnosti Spastic Handicap Czech sport federation)

Spastic Handicap je občanským sdružením pro sportovní a tělovýchovnou činnost zdravotně postižených jedinců převážně postižených dětskou mozkovou obrnou (spastiky). Hlavním posláním tohoto sdružení je podpora tělovýchovné a rekreační činnosti a preferování mládežnických kategorií a podle možností zajištění

reprezentace ČR na mezinárodním poli v rámci soutěží vrcholné světové mezinárodní asociace Cerebral Palsy International Sports and Recreation Association (CP-ISRA) a International Paralympic Committee (IPC).

Sporty vhodné pro jedince s DMO :

#### Závěsný kuželník

Závěsný kuželník (Ruský kuželník) je hra, která se hraje s koulí, která je zavěšena pomocí ocelového lanka na ocelové konstrukci (šibenici) a devíti kuželek. Závěsný kuželník je určen pro sportovce spastiky s těžším postižením, kteří se pohybují na vozíku nebo používají opěrné pomůcky (berle, chodítka apod.) a je vhodný pro všechny věkové kategorie. Cílem hry je dosáhnout co největšího počtu bodů sražením kuželek pomocí zavěšené koule. Kouli je nutné odhodit tak, aby na závěsu opsala oblouk na té straně kuželek, kde není závěsná konstrukce a při zpátečním pohybu směrem zpět k hráči narazila do kuželek. Počítají se pouze kuželky sražené při zpátečním pohybu koule zpět k závodníkovi, nebo kuželky, které jsou poraženy sraženými kuželkami.

#### Slalom vozíčkářů

Slalom je závod mezi brankami a překážkami určený pro uživatele vozíku. Tento sport je v podstatě dráha postavená z několika překážek, jako jsou odbočky, změny směru jízdy, rampy atd. a závodník tuto trať musí úspěšně zdolat v nejmenším možném čase a s co nejmenším počtem chyb. To vyžaduje rychlost, koordinaci, sílu a techniku. Slalom nabízí mimo jiné udržování a rozvíjení fyzických schopností, což zlepšuje samostatnost a obratnost osob se spastickým postižením. Slalom jako sport je příležitostí k fyzickému a osobnímu rozvoji založenému na zábavě, risku a cíli něco dokázat.

#### Stolní tenis

Stolní tenis patří mezi oblíbené sporty spastiků a je provozován hráči v tělovýchovných jednotách a klubech a jsou pořádány oblastní i republikové



soutěže. Provozují ho sportovci vozíčkáři i stojící. Mnohé mezinárodní soutěže, včetně Paralympijských her jsou v současnosti pořádány podle funkčního klasifikačního systému. Mezinárodně nadřízeným orgánem pro stolní tenis je Mezinárodní federace stolního tenisu (ITTF) a její pravidla platí pro všechny mezinárodní hráče.

Orientační srovnání tříd CP – ISRA a funkční klasifikace:

Sedící třídy: TT 1 = C 3, TT 2 = C 3 – 4, TT 3 = C 4, TT 4 = C 5, TT 5 = C 5

Stojící třídy: TT 6 = C 5 – 6, TT 7 = C 6, TT 8 = C 5 a C 7, TT 9 = C 7 – C 8, TT 10 = C 8

### Kuželky

Kuželky hrané ve federaci Spastic Handicap se výrazně neliší od standardních kuželkářských soutěží. Hlavní odlišnost je v počtu druhu soutěží, počtu hodů a rozdělení věkových a zdravotních kategorií (tříd).

Zařazení do zdravotních kategorií:

LP – lehce postižení (odhod s rozběhem jednou rukou)

SP – středně postižení (odhod ze stoje jednou rukou nebo obouruč jakýmkoli způsobem bez následného dokročení, s opěrnou pomůckou nebo bez ní)

TP – těžce postižení (odhod ze sedu na vozíku, židli či jiné podložky, z lehu, z kleku a to jednoruč, obouruč nebo lze kouli odstrčit nohou)

### Kopaná

Kopaná se 7 hráči je výhradně určena spastikům a je kombinací rychlosti a míčové techniky. V týmu je 7 hráčů, hřiště má menší rozměry než v kopané intaktních, nepíská se postavení mimo hru a autové vhazování se provádí jednou rukou. Kopaná je určena pro sportovce tříd 5, 6, 7 a 8 a každý tým musí mít v poli vždy alespoň jednoho sportovce třídy 5 a jednoho sportovce třídy 6 současně, nebo musí hrát v sestavě šesti hráčů.

## Lyžování

Klasické (severské) lyžování je otevřeno sportovcům s tělesným postižením a pro zrakově postižené s vodičem. Sportovci závodí klasickou technikou, volnou technikou (bruslení) a v biatlonu.

Sportovci s mozkovou obrnou se musí začlenit do stávajících LW tříd podle funkčních testů. Třídy odpovídají zhruba následujícímu zařazení:

LW 10 – spastici s postižením všech čtyř končetin

LW 11 – spastické postižení dolních končetin (LW 10 a LW 11 závodí na speciálních sáňkách (sit-ski), jedná se o sportovce, kteří se v běžném životě pohybují na vozíku)

LW 3 = třída C 5 a 6 (sportovci s postižením obou dolních končetin nebo s atetózou či ataxií postihující všechny čtyři končetiny)

LW 6/8 = třída C 8 (sportovci s postižením jedné horní končetiny)

LW 9/1 = třída C 7 (těžká hemiparéza – postižení jedné horní a jedné dolní končetiny)

LW 9/2 = třída C 7 (minimální hemiparéza nebo C 8 s minimálním postižením všech čtyř končetin)

Pro děti s DMO je vhodné klasické lyžování formou turistiky a výcvikových lyžařských táborů.

## Boccia

Boccia patří mezi paralympijské sporty a je určena pro nejvíce postižené sportovce klasifikovaných podle pravidel CP- ISRA a hrají ji jednotlivci i družstva. Boccia je hra vyžadující vysoké soustředění, přesnost a kontrolu svalové síly. Házení předmětu na cíl se provádí po celá staletí. Od Řeků je převzali Římané, odkazy jsou i na Italy ve Florencii a francouzskou hru petangue. Existuje celkem šest divizí:

- jednotlivci BC 1 (třídy C 1 a C 2)

- jednotlivci BC 2 (třída C 2u)

- jednotlivci BC 3 (třídy C 1 a C 2 s takovým postižením, které vyžaduje hrací pomůcku – rampu, rouru – pomocí které se míčky umisťují do hracího pole)
- jednotlivci BC 4 (sportovci s těžkou pohybovou dysfunkcí všech čtyř končetin v kombinaci s chabou dynamickou kontrolou trupu, která je jiného než mozkového původu nebo degenerativně-mozkového původu)
- páry – družstva dvojic pro hráče třídy BC 3
- týmy - družstva trojic pro hráče třídy BC 1 a BC 2

Ke hře je potřeba 6 červených, 6 modrých a jeden míček bílý (tzv. „jack“). Cílem hry je umístění míčků své barvy co nejbližší cílovému (bílému) míčku.

### Lukostřelba

Je jedním z paralympijských sportů a je určena převážně většině postižených. Střílí se ve třech zdravotních třídách s reflexním a kladkovým lukem. Lukostřelba je testem přesnosti, síly a koncentrace a je určena tělesně postiženým (úrazy páteře, spastici, amputace a další). Soutěží se ve třech funkčních třídách: ARST – stojící, ARW 1 a 2 –vozičkáři a třída Open – nezařaditelní podle mezinárodní zdravotní klasifikace pro lukostřelbu. Střílí se na kruhové terče o průměru 80 cm s 10 bodovanými zónami z určené vzdálenosti.

### Cyklistika

Cyklistika patří mezi paralympijské sporty a v závislosti na druhu postižení používají sportovci bicykl, tricykl nebo handcykl. Soutěžní program zahrnuje dráhové a silniční disciplíny pro jednotlivce a týmy. Spasticitou postižení sportovci se dělí do čtyř divizí.

## Atletika

Paralympijský sport, soutěží se podle pravidel IAAF (Mezinárodní atletická federace), které jsou upraveny dle potřeby.

Trat'ové disciplíny:

délka tratí 100 m, 200 m, 400 m, 800 m, 1 500 m, 5 000 m, 10 000 m

štafety 4 x 100 m, 4 x 400m

Silniční závody:

½ maratón (21, 0975 m)

Přespolní běhy:

3 000 m , 5 000 m

Soutěže v poli:

C 1: hod daleký, hod vysoký (plátěný pytlík 10 x 15 cm naplněný 150 g sušeného hrachu)

Spungedisk (disk z měkké gumy, váha 600 g)

Javelinball (speciálně tvarovaný gumový míček, váha cca 0,5 kg)

C 2l: strk do míče (medicinbal, váha 3 kg)

kop do míče (plastový bo gumový míč, váha 900 g)

Výše uvedené disciplíny nejsou zařazeny do programu soutěží pořádaných IPC.

C 2u: hod kuželkou, vrh koulí, hod diskem

C 3: vrh koulí, hod diskem, hod oštěpem

C 4: vrh koulí, hod diskem, hod oštěpem

C 5: vrh koulí, hod diskem, hod oštěpem, skok do dálky

C 6: vrh koulí, hod diskem, hod oštěpem, skok do dálky, hod kuželkou (hod kuželkou není zařazován do soutěží pořádaných IPC),

C 7: vrh koulí, hod diskem, hod oštěpem, skok do dálky

C 8: vrh koulí, hod diskem, hod oštěpem, skok do dálky

Závodníci vozičkáři (třída 1-4) odhazují náčiní ze speciální odhodové stoličky umístěné ve vrhačském kruhu a výška stoličky nesmí přesahovat 75 cm.

### Šachy

Šachy jsou vhodným sportem pro všechny druhy postižení. Spastic Handicap tento sport provozuje nejdéle.

### Plavání

Paralympijský sport, který patří mezi nejrozšířenější sporty u všech druhů postižení hlavně díky své využitelnosti při rehabilitaci. Stejně jako na olympiádě prověřují plavci své schopnosti ve volném způsobu, znaku, motýlku, stylu prsa a polohovém závodě. Plavci jsou zařazeni do klasifikačních tříd podle funkčních schopností pro jednotlivé plavecké styly. Soutěže se řídí pravidly FINA (Federation International de Nation) a jsou uplatňována s několika výjimkami umožňujícími optimální start nebo možnost vodního startu. Třídy C1 a C2 mohou při soutěžích používat nadnášecích pomůcek.

### Vodní turistika

Vodní turistika je oblíbeným sportem pro všechny jedince se zdravotním postižením (Provozované sporty, on-line).

### **3 Praktická část**

#### **3.1 Cíl práce a úkoly práce**

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat nabídky organizací, které se zabývají sportovními aktivitami pro děti s dětskou mozkovou obrnou v Českých Budějovicích. Zjistit vztah dětí s dětskou mozkovou obrnou navštěvujících DC ARPIDA ke sportu. Navrhnout vhodné sportovní aktivity, které v nabídce výše uvedených organizací chybí.

Stanovila jsem si následující úkoly práce:

1. Prostudovat literaturu týkající se dané problematiky.
2. Osobně navštívit organizace v Českých Budějovicích provozující sportovní aktivity pro děti s dětskou mozkovou obrnou.
3. Pozorováním, dotazováním a analýzou dokumentů shromáždit informace o aktuální nabídce sportovních aktivit pro děti s DMO v Českých Budějovicích, případně navrhnout sportovní aktivity, které v nabídce chybí.
3. Metodou strukturovaného rozhovoru s rodiči dětí s DMO, které navštěvují DC ARPIDA\* budu zjišťovat vztah těchto dětí ke sportu.

---

\* DC ARPIDA - název ARPIDA je odvozen z počátečních písmen následujících slov: Akce, Rehabilitace, Pomoc, Integrace, Dobrovolnost, Agapé (jako projev křesťanské lásky vycházející z ochoty nezištně pomoci bližnímu). Dětské centrum ARPIDA je odborným střediskem Arpidy, společnosti pro rehabilitaci dětí a mládeže se zdravotním postižením, a vzniklo za účelem poskytování denní odborné péče dětem s tělesným a kombinovaným postižením.

### 3.2 Metodika práce

Pro získání potřebných informací k realizaci cílů práce a potvrzení hypotéz, byly zvoleny následující metody kvalitativního výzkumu (Hendl, 2005)

A) Metoda zúčastněného pozorování, metoda neformálního rozhovoru a metoda analýzy dokumentů

Osobně navštívím organizace v Českých Budějovicích, jejichž nabídka pohybových činností je specializována na oblast sportovních aktivit zdravotně postižených. Cílem mého pozorování, dotazování a analýzy dokumentů bude zjištění, jaké sportovní aktivity tyto organizace nabízejí dětem s DMO.

B) Metoda strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami

Pomocí strukturovaného rozhovoru oslovím 13 rodičů dětí s DMO, které navštěvují DC ARPIDA a budu zjišťovat informace o sportovních aktivitách dětí s DMO v Českých Budějovicích.

Otázky byly rozděleny na tři části: A) pro všechny B) sportující děti C) nesportující (viz příloha č. 1).

Při sestavování strukturovaného rozhovoru jsem volila otázky jasně formulované. Je potřeba, aby všichni dotazovaní chápali otázky stejně. Při způsobu kladení otázek jsem zvolila typ otázek otevřených. Odpovědi jsem zapisovala na předem připravený záznamový arch, který byl anonymní.

Pro získání informací byly kontaktovány tyto subjekty:

- Magistrát města České Budějovice – Odbor sociálních věcí
- Neziskové organizace – První Centrum zdravotně postižených Jihočeského kraje, Kontakt bB České Budějovice, DC ARPIDA v Českých Budějovicích
- Pracovníci organizací poskytující služby pro zdravotně postižené v oblasti sportovních aktivit

- Rodiče dětí s dětskou mozkovou ohrnou

### **3.3 Hypotézy průzkumu**

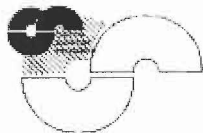
Na základě stanovených cílů práce a z něj plynoucích úkolů jsem se pokusila zformulovat následující hypotézy:

- H 1: Nabídka sportovních aktivit v Českých Budějovicích pro děti s DMO je nedostatečná.
- H 2: Nedostatečná informovanost rodičů dětí s DMO o možnostech sportovních aktivit v Českých Budějovicích je hlavní důvod, proč tyto děti nesportují.
- H 3: Nejčastěji provozovanou pohybovou aktivitou dětmi s DMO v Českých Budějovicích je plavání.



### 3.4 Výsledky průzkumu

#### 3.4.1 První Centrum zdravotně postižených Jihočeského kraje



První Centrum zdravotně postižených Jihočeského kraje (1. CZP JČ) se sídlem na Vltavském nábřeží v Českých Budějovicích je od roku 1993 registrováno u MV ČR jako občanské sdružení, které se zabývá sociálními, kulturními, vzdělávacími a sportovními aktivitami pro osoby se zdravotním postižením bez rozdílu věku.

##### Vznik a vývoj

V roce 1993 bylo založeno nynějším ředitelem a hlavním trenérem, pod záštitou Českého Červeného Kříže, občanské sdružení Sportovní centrum zdravotně postižených v Českých Budějovicích (SCZP). Občanské sdružení sídlilo pouze v pronajatém prostoru ve zcela nevyhovujících podmínkách.

V roce 1998 byla zahájena 1. etapa výstavby hlavního objektu – bezbariérového víceúčelového centra se sociálním zázemím a tělocvičnou a dokončena byla v roce 2000. V květnu 2003 byla zahájena 2. etapa výstavby víceúčelové bezbariérové sportovní haly a byla dokončena v roce 2005.

V době svého vzniku začalo SCZP kontaktovat, prostřednictvím spolupráce s dalšími organizacemi a školskými zařízeními, zdravotně postižené občany všech věkových kategorií a postižení.

V roce 1994 navštěvovalo SCZP asi 100 zdravotně postižených klientů. V roce 1995 mělo SCZP registrováno již 180 zdravotně postižených členů.

Stále stoupající zájem zdravotně postižených vedl k rozšíření činnosti i mimo sportovní oblast. Došlo i ke změně názvu na Centrum zdravotně postižených (CZP) v Českých Budějovicích. Od roku 1996 se CZP stalo pravidelným pořadatelem humanitní akce – Běhu Terryho Foxe v Českých Budějovicích.

V roce 2001 nastala další změna názvu, vzniklo Centrum zdravotně postižených Jihočeského kraje (CZP JČ).

V současné době funguje tato nezisková organizace pod názvem První centrum zdravotně postižených Jihočeského kraje (1. CZP JČ). Chod zařízení je zabezpečován pouze jedním zaměstnancem, kterému pomáhají dobrovolníci. Sdružení registruje 460 zdravotně postižených i intaktních členů všech věkových kategorií. Denně jsou využívány služby 1. CZP JČ v průměru 20 klienty. Z hlediska zdravotního postižení jsou zde nejčastěji zastoupeni sportovci zrakově postižení, sluchově postižení, tělesně postižení, jedinci s více vadami a mentálně postižení sportovci.

Hlavní činností 1. Centra zdravotně postižených Jihočeského kraje je snaha o rozšíření prospěšného působení sportu na co nejširší okruh osob. Nabídka centra zahrnuje sportovní aktivity v různých formách, od rekreační až po vrcholové soutěže. Realizaci v této oblasti zde najdou osoby se zdravotním postižením, ale také osoby bez postižení.

Základní poslání 1. CZP JČ:

- zlepšení kvality života zdravotně postižených
- nabídka dostatečného vyžití zdravotně postižených po stránce sportovní, rehabilitační, kulturní, vzdělávací a sociální
- odstraňování objektivních i subjektivních bariér

Hlavní činností 1. CZP JČ zůstává nabídka sportovních aktivit pro zdravotně postižené. Lze rozlišit 4 základní oblasti pohybových činností, které 1. CZP JČ nabízí svým klientům:

- vrcholový sport (na úrovni reprezentace)
- výkonnostní (organizovaný, pravidelný)
- rekreační sport

Z výše uvedených sportovních disciplín je vrh koulí realizován 15 let starým chlapcem s diparetickou formou DMO na vrcholové úrovni. Podle klasifikace CP-ISRA soutěží ve třídě C 4, která odpovídá třídě F 34 (klasifikace IPC pro disciplíny v poli). 30. srpna 2006 se zúčastní Mezinárodních závodů v atletice juniorů v Holandsku.

Ostatní sportovní disciplíny provozují děti s DMO na rekreační úrovni.

#### 3.4.2 Kontakt bB České Budějovice



Kontakt bB (Kontakt bez Bariér), je občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér. Kontakt bB usiluje o odstranění bariér mezi zdravotně postiženými a intaktními sportovci, především motivací lidí se zdravotním postižením k aktivnímu a nezávislému pojetí života.

Středisko v Českých Budějovicích bylo založeno v roce 1998 pražským Kontaktem bB, v rámci dlouhodobého projektu, který měl za úkol vytvořit celorepublikovou síť kontaktních center a středisek plavecké výuky zdravotně postižených osob. Kontakt bB v Českých Budějovicích je tvořen sportovním klubem, jehož členové se věnují plavání na výkonnostní úrovni a klienty, kteří provozují zdravotní nebo rehabilitační plavání.

Cílovou skupinu Kontaktu bB tvoří zdravotně postižení klienti, především vozičkáři po míšní lézi a děti s vrozenými vadami. Největší zastoupení má právě mladá generace do 26 let (80 %) v rámci pravidelného programu ve všech střediscích organizace. Do programu bB Kontaktu jsou zapojovány děti již v raném věku od 1 do 5 let formou her a postupně jsou zařazovány prvky výuky plaveckých způsobů. Klienty se mohou stát lidé s jakýmkoliv druhem zdravotního postižení, včetně jejich rodinných příslušníků a přátel bez rozdílu věku.

Program a hlavní oblasti činnosti Kontaktu bB:

- kontaktování osob se zdravotním postižením
- plavání jako metodická a didakticky řízená pohybová aktivita a sport na všech úrovních tj. rehabilitační, rekreační, výkonnostní a vrcholové
- poradenství ve všech oblastech života, podpora studia a zaměstnání
- týdenní pobytové akce s výukou plavání a práce na PC
- spolupráce s neziskovými organizacemi obdobného zaměření v Jihočeském regionu
- spolupráce se školami připravujícími studenty pro budoucí práci s lidmi se zdravotním postižením
- navazování zahraničních kontaktů

#### Cíle Kontaktu bB:

- obousměrná integrace
- aktivní a nezávislé pojetí života

Chod sdružení v Českých Budějovicích je zajišťován jedním pracovníkem a 16 dobrovolníky. Kontakt bB v současnosti navštěvuje 31 klientů, z toho 14 dětí a 17 dospělých. Plavání je realizováno v Městském plaveckém bazénu, v DC ARPIDA a IGY (Relaxační centrum Faktory Pro) v Českých Budějovicích.

### Rozvrh plaveckých hodin 2005/2006 - bB Kontakt v Českých Budějovicích

	15:30-16:00	16:00-17:00	17:00-17:30	20:00-21:30
úterý		IGY děti + dospělí		
středa				Městský bazén dospělí
čtvrtek	DC ARPIDA – děti	DC ARPIDA - děti	DC ARPIDA - děti	Městský bazén dospělí

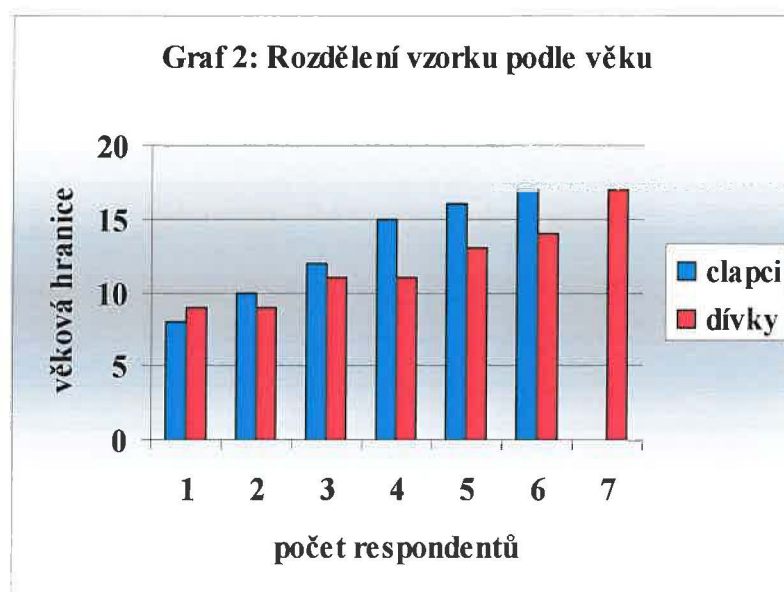
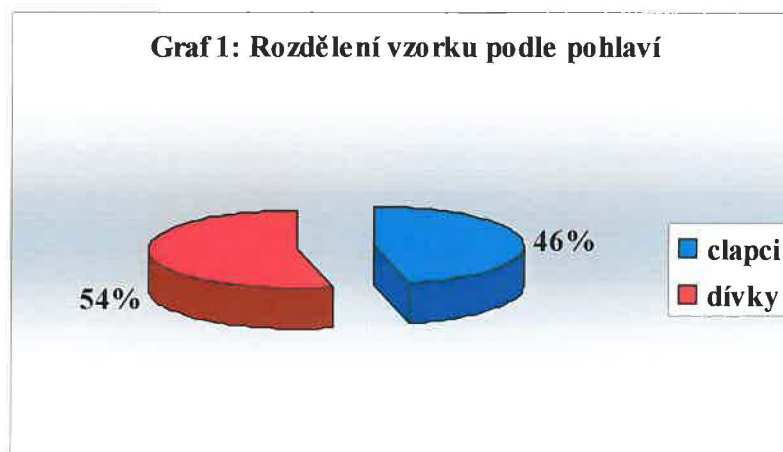
#### 3.4.3 Strukturovaný rozhovor

Pro získání údajů jsem zvolila metodu strukturovaného rozhovoru s otevřenou otázkou, kterým jsem oslovila 13 rodičů dětí s DMO navštěvujících DC ARPIDA v Českých Budějovicích.

Strukturovaný rozhovor jsem rozdělila na tři části. Část A byla pro všechny respondenty stejná a obsahovala osobní údaje. Část B byla určena pro sportující děti a odpovědělo na ni 5 dotázaných. Část C byla určena pro nesportující děti a odpovědělo na ni 8 dotázaných.

#### Část A

**Graf 1**, zde je zobrazeno rozvrstvení dětí s DMO podle pohlaví, kde v poměru 7:6 převažují dívky nad chlapci. **Graf 2** znázorňuje dělení podle věku, kde se věková hranice pohybovala mezi 8 až 17 lety a průměrný věk činil 12,5 roku.

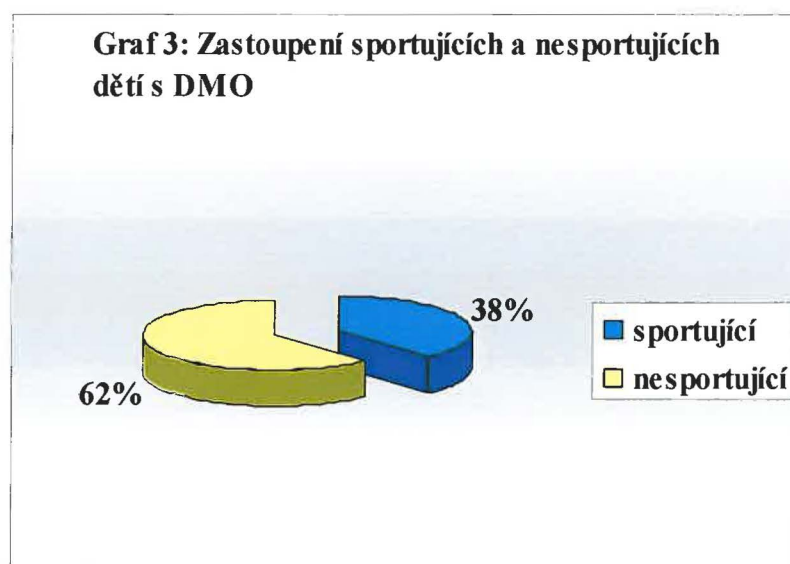


**Tabulka 1** charakterizuje formy DMO, kde největší zastoupení tvoří děti s kvadruparetickou formou DMO, následují děti s diparetickou a nejmenší zastoupení tvoří děti s hemiparetickou formou DMO.

**Tabulka 1 : Počet dětí podle formy DMO**

Forma DMO	diparetická	hemiparetická	kvadruparetická
počet	5	2	6
v procentech	38	15	47

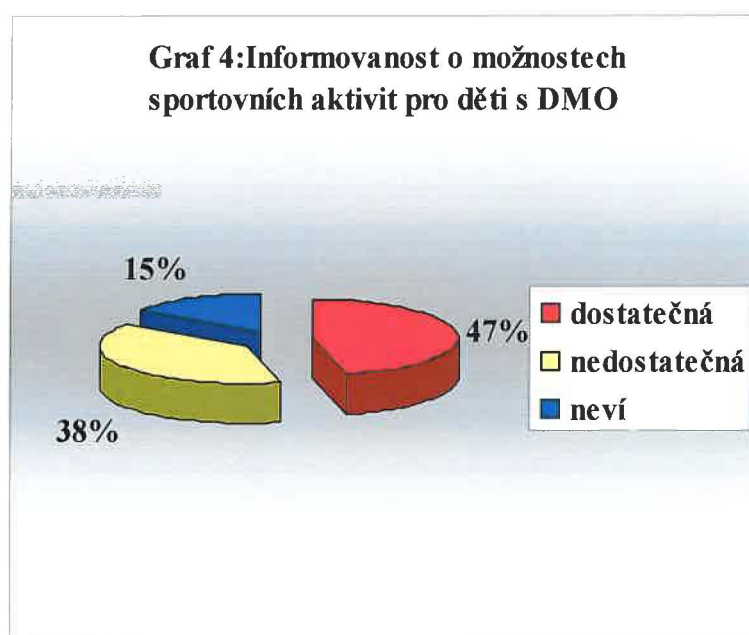
**Graf 3** znázorňuje procentuální zastoupení sportujících a nesportujících, kde převažují 62 % děti, které nesportují a 38 % tvoří děti sportující. **Tabulka 2** zobrazuje počet sportujících a nesportujících dětí vzhledem k formě DMO. Děti s diparetickou, hemiparetickou a kvadraparetickou formou sportují v poměru 2:2:1. Nesportují tři děti s diparetickou a pět dětí s kvadraparetickou formou.



**Tabulka 2 :** Rozdělení sportujících a nesportujících dětí vzhledem k formě DMO

Forma DMO	diparetická	hemiparetická	kvadraparetická
sportující	2	2	1
nesportující	3	0	5

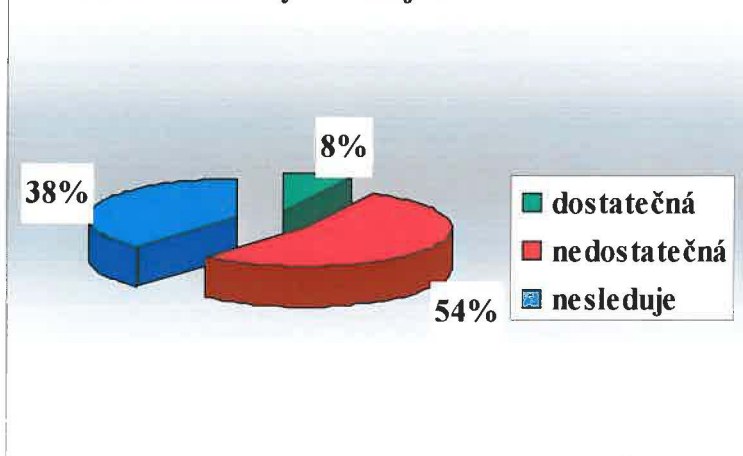
**Graf 4** znázorňuje odpovědi na otázku „Jsou, dle vašeho názoru, informace o možnostech sportovních aktivit pro děti s DMO v Českých Budějovicích dostatečné“. Z grafu vyplývá, že 47 % respondentů považuje informovanost o možnostech sportovního vyžití za dostatečnou, 38 % respondentů za nedostatečnou a 15 % respondenti odpovědělo, že neví.



**Graf 5** zobrazuje, jak respondenti odpověděli na otázku „Jak hodnotíte nabídku sportovních aktivit pro děti s DMO v Českých Budějovicích“. Nabídku sportovních aktivit hodnotí 54 % respondentů jako nedostatečnou, 8 % respondentů jako dostatečnou a 38 % respondentů nabídku sportovních aktivit nesleduje.



**Graf 5: Nabídka sportovních aktivit pro děti s DMO v Českých Budějovicích**



**Graf 6** zobrazuje odpovědi na otázku „Jaké sportovní aktivity ve výše uvedené nabídce chybí“. 39 % respondentů odpovědělo, že neví, 31 % uvedlo lukostřelbu. Doplnili, že kroužek lukostřelby byl v DC ARPIDA oblíbeným sportem, ale v současnosti v nabídce chybí. Boccia a kopaná chybí v nabídce 15 % dotázaných.

**Graf 6: Absence sportovních aktivit**



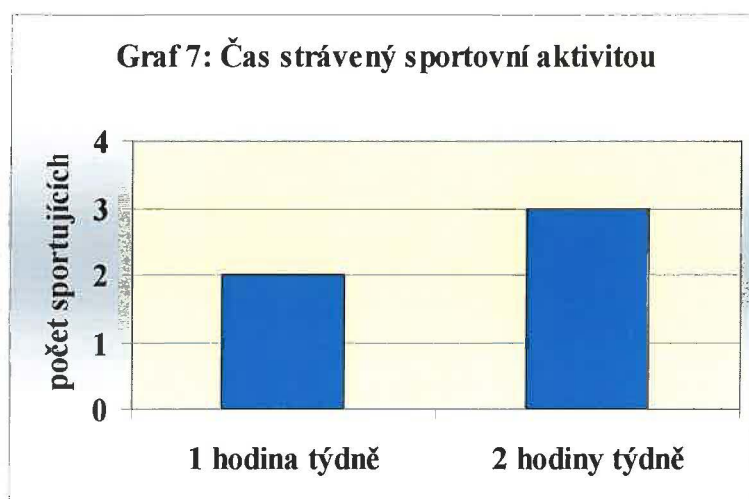
## Část B – sportující

**Tabulka 3** charakterizuje odpovědi na otázku „Jakému druhu sportu se vaše dítě nejčastěji věnuje“. Pět sportujících dětí se věnuje plavání, čtyři děti plavou s občanským sdružením Kontakt bB v DC ARPIDA a jedno dítě plave individuálně s rodiči v Městském bazénu v Českých Budějovicích.

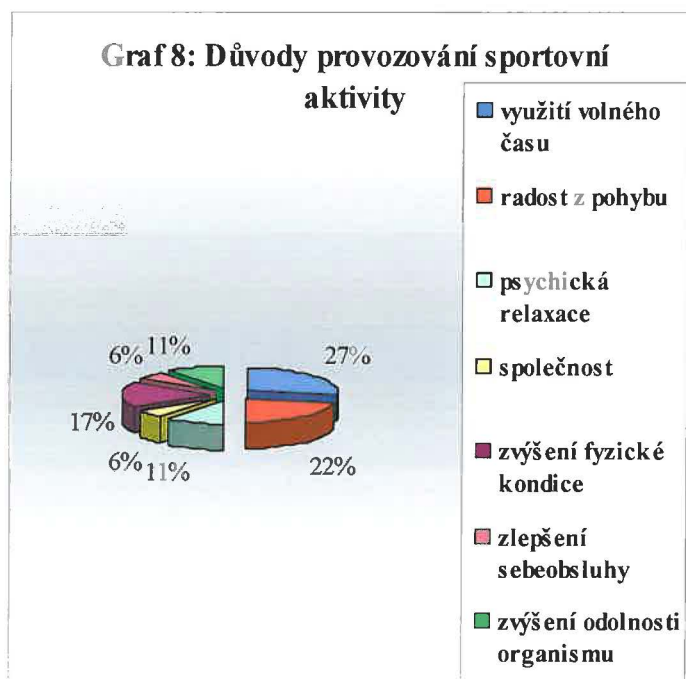
**Tabulka 3:** Sportovní aktivity a zařízení (organizace)

	plavání	Kontakt bB (ARPIDA)	Městský bazén
počet	5	4	1

**Graf 7** charakterizuje odpovědi na otázku „Jak často vaše dítě sportuje“. Z pěti sportujících dětí s DMO se sportovní aktivitě věnují 2 děti 1 hodinu týdně, 3 děti provozují sportovní aktivitu 2 hodiny týdně. Všechny tyto děti sportují na rekreační úrovni.



**Graf 8** zobrazuje odpovědi na otázku „Z jakého důvodu začalo vaše dítě sportovat“. 27 % respondentů uvedlo jako důvod sportování plnohodnotné využití volného času svých dětí.



**Graf 9** charakterizuje odpovědi na otázku „Kde jste získal(a) informace o možnostech sportování vašeho dítěte?“. 67 % respondentů získala informace o možnostech sportovních aktivit v DC ARPIDA, 33 % respondentů získala informace na internetu.



### Část C - nesportující

**Graf 10** zobrazuje odpovědi na otázku „Z jakého důvodu vaše dítě v současnosti nesportuje“. Jako nejčastější důvod nesportování uvádějí respondenti (37 %) jiné zájmy svých dětí, dále zdravotní stav dětí a časové zaneprázdnění respondentů (25 %). 13 % respondentů uvedlo, že jejich dítě nejeví o sportovní aktivity zájem.

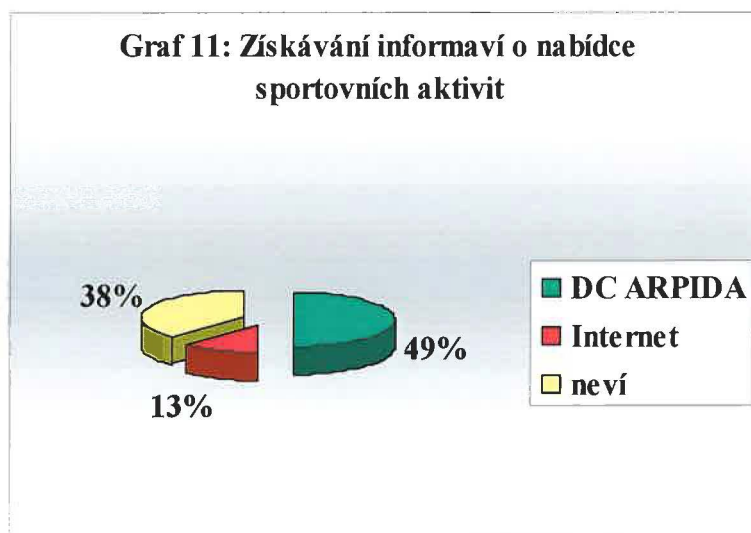


**Tabulka 4** zobrazuje odpovědi na otázku „Provozovalo vaše dítě sportovní aktivitu v minulosti, pokud ano, jakou“. Jedno dítě v minulosti provozovalo plavání a sedm dětí nikdy nesportovalo.

**Tabulka 4:** Provozování sportovní aktivity v minulosti

	počet	druh sportovní činnosti
ano	1	plavání
ne	7	-

**Graf 11** charakterizuje odpovědi na otázku „Kde by jste získával(a) informace o možnostech sportovního vyžití pro vaše dítě v Českých Budějovicích“. Nejčastěji by respondenti získávali informace v DC ARPIDA (49 %), 38% neví a 13 % na internetu.



### **3.5 Vyhodnocení hypotéz**

H 1: Nabídka sportovních aktivit v Českých Budějovicích pro děti s DMO je nedostatečná.

Výzkumné šetření ukázalo, že nabídku sportovních aktivit v Českých Budějovicích pro děti s DMO považuje za nedostatečnou 54 % respondentů (graf 5). 38 % respondentů nabídku sportovních aktivit pro děti s DMO v Českých Budějovicích nesleduje a za dostatečnou ji považuje 8 % dotázaných.

Hypotéza se potvrdila.

H 2: Nedostatečná informovanost rodičů dětí s DMO o možnostech sportovních aktivit v Českých Budějovicích je hlavní důvod, proč tyto děti v současnosti nesportují.

Informovanost o možnostech sportovních aktivit pro děti s DMO v Českých Budějovicích považuje za dostatečnou 47 % respondentů, za nedostatečnou ji považuje 38 % a dotázaných a 15 % respondentů se nevyjádřilo (graf 4). Jako nejčastější důvod neprovozování sportovní aktivity uvedlo 37 % dotázaných jiné aktivity, kterých se děti účastní ve volném čase (graf 10).

Hypotéza se nepotvrdila.

H 3: Nejčastěji provozovanou pohybovou aktivitou dětmi s DMO v Českých Budějovicích je plavání.

Z pěti sportujících dětí se pět dětí věnuje plavání (tabulka 4).

Hypotéza se potvrdila.

## 4 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat aktuální nabídku sportovních aktivit pro děti s DMO v Českých Budějovicích. Zjistit vztah dětí s DMO které navštěvují DC ARPIDA ke sportu. Navrhnout vhodné sportovní aktivity, které v nabídce chybí.

Výzkumné šetření, které probíhalo metodou zúčastněného pozorování, metodou neformálního rozhovoru a metodou analýzy dokumentů bylo zaměřeno na organizace v Českých Budějovicích, jejichž nabídka pohybových činností je specializována na oblast sportovních aktivit zdravotně postižených.

Sport zdravotně postižených v Českých Budějovicích je soustředěn do Prvního Centra zdravotně postižených Jihočeského kraje. Sdružení registruje 460 zdravotně postižených i intaktních členů všech věkových kategorií, z toho přibližně 6 dětí s DMO. Chod této organizace je zabezpečován jedním zaměstnancem, který je zároveň ředitelem a hlavním trenérem 1. CZP JČ a čtyřmi asistenty z Úřadu práce.

1. CZP JČ nabízí dětem s DMO následující disciplíny: hod kuželkou, hod diskem, hod oštěpem, vrh koulí, jízdu na tricyklu, jízdu na handcyklu a stolní tenis. Vrh koulí provozuje 15 let starý chlapec s diparetickou formou DMO na vrcholové úrovni a 30. srpna 2006 se zúčastní Mezinárodních závodů v atletice juniorů v Holandsku. Tomuto chlapci se věnuje hlavní trenér. Ostatní sportovní disciplíny realizují děti s DMO společně se svými rodiči na rekreační úrovni.

Kladla jsem si otázku, proč navštěvuje 1. CZP JČ tak malý počet dětí s DMO, přestože se v Českých Budějovicích nachází DC ARPIDA, kterou navštěvují převážně děti s DMO. Jankovský (2001) uvádí, že v roce 1994 docházelo denně do dětského centra 27 dětí s DMO a počet postupně narůstal. V roce 2000 už činil tento počet 61 dětí s denní docházkou do dětského centra.

Domnívám se, že důvody proč děti s DMO provozují sportovní aktivity v 1. CZP JČ nepravidelně a sporadicky jsou především v zajištění odborné asistence při provádění sportovních aktivit a v materiálním vybavení. Potměšil (1997) uvádí jako jednu z bariér provozování sportovní aktivity nedostatečné materiální a ekonomické

podmínky, které mají za následek hypokinetický způsob života zdravotně postižených. Jak jsem již uvedla, rodiče dětí s DMO jsou stavěni do role asistentů při realizaci výše uvedených sportovních disciplín svých dětí, a pokud chtějí děti provozovat např. hod oštěpem, musí jim rodiče oštěp a odhodovou stolicí (nechodícím) opatřit. Další důvod vidím v absenci společně provozovaných aktivit jako je např. boccia a závěsný kuželník. Jedná se o sporty, které jsou vhodné pro jedince i s velmi těžkým postižením a nabídka těchto sportů v Českých Budějovicích chybí.

Sportovní organizace Kontakt bB České Budějovice realizuje výuku plavání pro děti s DMO v Městském bazénu, v DC ARPIDA a Relaxačním centru Faktory Pro. Klienty se mohou stát lidé s jakýmkoliv druhem zdravotního postižení, včetně jejich rodinných příslušníků a přátel bez rozdílu věku. Kontakt bB České Budějovice v současnosti navštěvuje 31 klientů, z nichž 14 je zastoupeno dětmi s DMO. Chod této organizace zajišťuje jeden zaměstnanec a 16 dobrovolníků. Velký počet dobrovolníků, převážně z řad studentů Zdravotně sociální fakulty, a zájem dětí s DMO účastnit se výuky plavání svědčí o oblibě této pohybové aktivity.

Vedle sledovaných sportovních organizací existuje v Českých Budějovicích řada dalších neziskových organizací, které se zabývají pohybovými aktivitami zaměřenými na zdravotní tělesnou výchovu a rehabilitaci. Provozování těchto pohybových aktivit přímo sleduje zdravotní hledisko. Oblast zdravotní tělesné výchovy a rehabilitace není součástí mé práce, ale úzce s danou problematikou souvisí a bylo by vhodným tématem ke zpracování.

V této části diskuze jsem se zaměřila na subjekty v Českých Budějovicích, které nabízejí sportovní aktivity dětem s DMO. Dle mého názoru, není nezbytné k provozování sportu navštěvovat speciální zařízení, které realizuje sportovní aktivity zdravotně postižených. Nejideálnějším řešením by bylo využít stávající sportovní zařízení a organizace pro intaktní osoby. Problém ovšem zůstává v bariérovém vybavení sportovních zařízení, ale také v sociálních bariérách ze strany intaktní společnosti i jedinců se zdravotním postižením.



Průzkumné šetření formou strukturovaného rozhovoru jsem uskutečnila v DC ARPIDA v Českých Budějovicích se 13 rodiči dětí s DMO, které denně do dětského centra dochází.

Věkový průměr dětí s DMO je 12,5 roku. Sledovaný soubor tvořilo 13 dětí s DMO (54 % dívky, 46 % chlapci), kdy ve 47 % převažovala kvadraparetická forma DMO, 38 % tvořila diparetická forma DMO a 2% představovala hemiparetická forma DMO.

Mezi dětmi s DMO převažovaly 62 % děti neprovozující sportovní aktivity a 38 % představovaly děti, které se ve volném čase věnují sportu. Převaha nesportujících odráží převládající hypokinetický způsob života dětí s DMO.

Nejčastěji provozovanou pohybovou aktivitou dětí s DMO v Českých Budějovicích je plavání. Z 38 % sportujících dětí s DMO se všechny věnují plavání na rekreační úrovni. Hypotéza č. 3 se potvrdila. Plnohodnotné využití volného času dětí s DMO je pro 27 % respondentů důvod k provozování sportovní aktivity. Dalšími důvody jsou radost z pohybu (22 %), zvýšení fyzické kondice (17 %), zvýšení odolnosti organismu (11 %), psychická relaxace (11 %), zlepšení sebeobsluhy (6 %) a setkávání se s kamarády (6 %). Šarinová a Čechovská (2005) uvádějí, že pravidelná výuka plavání zlepšuje celkovou fyzickou kondici dětí s DMO, pomáhá získat novou pohybovou zkušenost, která je pro ně při provedení na suchu nedostupná a posiluje jejich sebedůvěru. Plavání je jedním z nejvhodnějších prostředků k naplnění aktivního způsobu života dětí s DMO. Dle Krause (2005) je působení pohybové aktivity o to účinnější, pokud přináší radost, potěšení a uspokojení.

Děti s DMO, které neprovozují sportovní aktivity (62 %) mají v 37 % jiné zájmy, kterým se věnují ve volném čase. Rodiče uváděli kroužky (např. vaření, muzikoterapie, počítače, keramika, angličtina, šikovné ruce aj.), které nabízí DC ARPIDA a navazují na skončení výuky. Zdravotní stav je důvodem k neprovozování sportovní aktivity u 25 % dětí s DMO. Severýnová (2002) uvádí, že i přes určitá omezení jedinců se zdravotním postižením je možné i jim nabídnout vhodné modely pohybových aktivit. Časové zaneprázdnění rodičů dětí s DMO (25 %) a nechuť sportovat (13 %) jsou dalšími důvody, proč tyto děti nesportují.

Nabídku sportovních aktivit pro děti s DMO považuje za nedostatečnou 54 % dotázaných. 38 % tuto nabídku nesleduje a 8 % ji uvedlo jako dostatečnou. Hypotéza č. 2 se potvrdila. Nabídka sportovních aktivit pro děti s DMO v Českých Budějovicích je nedostatečná. Respondenti navrhovali rozšířit nabídku sportovních aktivit o tyto sporty: lukostřelba (31 %), boccia (15 %), kopaná (15 %). 39 % dotázaných neví, jaké sportovní aktivity mohou děti s DMO provozovat.

Informovanost o možnostech sportovního vyžití dětí s DMO uvedlo 47 % respondentů jako dostatečnou, 38 % ji považuje za nedostatečnou a 15 % odpovědělo, že neví. Informovanost respondentů o možnostech sportovních aktivit pro děti s DMO je dostatečná a není hlavním důvodem, proč děti s DMO nesportují. Jak již bylo uvedeno výše, nejčastějším důvodem neúčasti ve sportu jsou jiné zájmy, kterým se děti s DMO věnují ve volném čase. Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Na základě strukturovaného rozhovoru s rodiči dětí s DMO a mého zjištění aktuální nabídky sportovních aktivit v Českých Budějovicích pro tyto děti, jsem se pokusila navrhnout následující sportovní aktivity: boccia, závěsný kuželník, lukostřelba, kopaná. V zimním období by bylo vhodné zařadit klasické lyžování. Všechny zmíněné sportovní aktivity by se mohly realizovat v DC ARPIDA, kde jsou vhodné podmínky. Při rozhovoru s panem Smékalem, ředitelem 1. CZP JČ jsem mu navrhla rozšířit nabídku centra právě o bocciu a závěsný kuželník. Problém ovšem zůstává v počtu dobrovolníků, kteří by měli zájem provozovat zmíněné sportovní aktivity a zanedbatelné není ani ekonomické hledisko.

## 5 Závěr

V současné době se sportování zdravotně postižených jedinců, mezi které patří i děti s dětskou mozkovou obrnou, stává běžným jevem. Ve své práci jsem zpracovala současný stav problematiky, který podává ucelený pohled na oblast sportu osob s dětskou mozkovou obrnou, se zaměřením na charakteristiku sportovní činnosti, celkový význam a rizika sportu pro život jedinců se zdravotním postižením, přehled sportovních organizací a vybrané sportovní aktivity pro postižené dětskou mozkovou obrnou.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat aktuální nabídku sportovních aktivit, které nabízejí organizace v Českých Budějovicích pro děti s dětskou mozkovou obrnou a zjistit, jaké sportovní aktivity tyto děti provozují. Dále navrhnout sporty, které ve výše uvedené nabídce chybí. Všechny stanovené cíle práce byly splněny.

Sportovní aktivity dětem s dětskou mozkovou nabízejí tyto dvě organizace v Českých Budějovicích: První Centrum zdravotně postižených Jihočeského kraje a Kontakt bB.

První centrum zdravotně postižených jihočeského kraje nabízí dětem s dětskou mozkovou obrnou následující sportovní aktivity: hod kuželkou, hod diskem, hod oštěpem, vrh koulí, jízdu na tricyklu, jízdu na handcyklu a stolní tenis.

Kontakt bB České Budějovice realizuje výuku plavání pro děti s dětskou mozkovou obrnou ve třech českobudějovických bazénech.

Z výsledků strukturovaného rozhovoru je zřejmá převaha nesportujících dětí, která odráží hypokinetický způsob života dětí s dětskou mozkovou obrnou. Důvody, proč děti nesportují jsou především jiné aktivity, které realizují ve volném čase, zdravotní stav, který jim brání sportovat, časové zaneprázdnění rodičů a nezájem o sport. Rodiče sportujících dětí uvádějí jako nejčastější důvod provozování sportovní aktivity plnohodnotné využití volného času, zkvalitnění fyzických funkcí, radost dětí z pohybu, pozitivní vliv na oblast psychiky, zlepšení sebeobsluhy a setkávání se s kamarády. Všechny sportující děti se věnují plavání.

Rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou považují nabídku sportovních aktivit za nedostatečnou a navrhli rozšířit nabídku o lukostřelbu, bocciu a kopanou. Dle názoru rodičů dětí s dětskou mozkovou obrnou je informovanost o možnostech sportovního vyžití pro tyto děti dostatečná.

Hypotéza předpokládající nedostatečnou nabídku sportovních aktivit pro děti s dětskou mozkovou obrnou se potvrdila.

Nepotvrdila se hypotéza předpokládající jako hlavní důvod nesportování dětí s dětskou mozkovou obrnou nedostatečnou informovanost rodičů o možnostech sportovních aktivit.

Nejrozšířenější sportovní aktivitou dětí s dětskou mozkovou obrnou je plavání, hypotéza se potvrdila.

Na základě zjištění aktuální nabídky sportovních aktivit pro děti s dětskou mozkovou obrnou a zájmu rodičů jsem navrhla, jako jednu z možností plnohodnotného využití volného času tyto sportovní aktivity: boccia, závěsný kuželník, lukostřelba, kopaná. V zimě by mohly děti využít venkovní areál DC ARPIDA ke klasickému lyžování.

V této bakalářské práci jsem se věnovala tématice sportovních aktivit dětí s dětskou mozkovou obrnou v Českých Budějovicích. Využití zpracovaného tématu spočívá v rozšíření informovanosti o sportu dětí s dětskou mozkovou obrnou a významu sportovních aktivit, které mají pozitivní vliv v oblasti zdravotní, psychické a sociální.

## 6 Seznam použitých zdrojů

1. BĚLKOVÁ, T. *Plavání v pohybovém režimu zdravotně oslabených a tělesně postižených*. 1. vyd. Praha: UK, 1988. 80.s.
2. BLÁHA, L. Dopřejme zdravotně postiženému dítěti „prožít si svůj výkon!“ In *Tělesná výchova a sport mládeže*. 2002, roč.68, č.2, s. 9-12. ISSN 1210-7689.
3. DUNGL, P. et al. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1 280 s. ISBN 80-247-0550-8.
4. DYLEVSKÝ, I. – KUČERA, M. et al. *Pohybový systém a zátěž*. 1.vyd. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-258-1.
5. *Evropská charta sportu* [online]. [cit. 2006-17-08]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz>>.
6. FIALOVÁ, L. Psychika a sport u české dětské populace. In HOŠEK, V. - JANSÁ, P. *Sport a kvalita života: celofakultní seminář společenskovědní sekce*. Praha: FTVS UK, 2002, s. 23-26. ISBN 80-86317-21-8.
7. HELLER, J. - POTMĚŠIL, J. Zdravotní přínos sportu u aktivních paraplegiků. In TILINGER, P. - RYCHETSKÝ, A. - PERIČ, T. *Sborník příspěvků národní konference „Sport v České Republice na začátku nového tisíciletí“ II*. 1. vyd. Praha: FTVS UK, 2001, s. 323-325. ISBN 80-86317-12-9.
8. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
9. HOŠEK, V. - JANSÁ, P. - MINAŘÍKOVÁ, D. Obraz sportu v očích české dospělé populace. In HOŠEK, V. - JANSÁ, P. *Sport a kvalita života: celofakultní seminář společenskovědní sekce*. Praha: FTVS UK, 2002, s. 9-11. ISBN 80-86317-21-8.
10. CHARVÁTOVÁ, J. Český paralympijský výbor. In TILINGER, P. – PERIČ, T. *Sborní referátů z národní konference Tělesná výchova a sport na přelomu století*. 1. vyd. Praha: FTVS UK, 1997, s. 295-300. ISBN 80-902147-2.X.

22. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 234 s. (cit. S. 171). ISBN 80-85931-65-6.
23. POTMĚŠIL, J. Sport zdravotně postižených. In TILINGER, P. - PERIČ, T. *Sborník referátů z národní konference Tělesné výchova a sport na přelomu století*. 1. vyd. Praha: FTVS UK, 1997, s. 274-280. ISBN 80-902147-2-X.
24. POTMĚŠIL, J. Rizikový faktor – přemíra nebo nedostatek pohybu. In BUCHBERGER, J. – KVAPILÍK, J. – PAVLŮ, D. *Problematika pohybových aktivit seniorů a zdravotně postižených. Sborník příspěvků pracovních konferencí s mezinárodní účastí: „Pohybová aktivita starších a zdravotně postižených občanů 1996“, „Rizika pohybových aktivit a zdravotní prevence u starších a zdravotně postižených občanů 1997“*. Praha: FTVS UK, 1998, s. 105-107.(cit. s. 107).
25. POTMĚŠIL, J. - ČICHONĚ, R. Pohybové aktivity jako faktor kvality života u populace se zdravotním postižením. In HOŠEK, V. - TILINGER, P. *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých – slovník výzkumných záměrů společenskovední sekce FTVS UK*. Praha: FTVS UK, 1999, s. 180-190. ISBN 80-86317-03-X.
26. POTMĚŠIL, J. - ČICHONĚ, R. - HELLER, J. Pohyb, kvalita života a handicap. In HOŠEK, V. - JANSÁ, P. *Sport a kvalita života: celofakultní seminář společenskovední sekce*. Praha: FTVS UK, 2002, s. 79-82. ISBN 80-86317-21-8.
27. *Provozované sporty* [online]. [cit. 2006-17-08]. Dostupné z: <<http://www.handicapsports.cz>>.
28. *Ročenka ČSTV – 2002*. 1. vyd. Praha: Olympia, 2002. 171 s. ISBN 80-7033-038-4
29. SEVERÝNOVÁ, R. Vliv pohybové intervence na osamělost zdravotně postižených. In HOŠEK, V. - JANSÁ, P. *Sport a kvalita života: celofakultní seminář společenskovední sekce*. Praha: FTVS UK, 2002, s. 89-92. ISBN 80-86317-21-8.

## **7 Přílohy**

Seznam příloh:

Příloha č. 1 - Ukázka strukturovaného rozhovoru

Příloha č. 2 – 1. CZP JČ

Příloha č. 3 – Víceúčelová bezbariérová hala 1. CZP JČ

Příloha č. 4 – Vrháčský sektor 1. CZP JČ

Příloha č. 5 – Speciální pneumatické posilovací stroje 1. CZP JČ

Příloha č. 6 – Plavecká výuka Kontakt bB

## Příloha č. 1

### Otázky strukturovaného rozhovoru:

#### Část A – pro všechny

1. Jak je staré vaše dítě?
2. Pohlaví vašeho dítěte.
3. Jakou formou DMO vaše dítě trpí?
4. Jsou, dle vašeho názoru, informace o možnostech sportovního vyžití dětí s DMO v Českých Budějovicích dostatečné?
5. Jak hodnotíte nabídku sportovních aktivit pro děti s DMO v Českých Budějovicích?
6. Jaké sporty pro děti s DMO v této nabídce chybí?
7. Věnuje se Vaše dítě v současné době nějaké sportovní aktivitě?

#### Část B – sportující děti

8. Jakému druhu sportu se vaše dítě nejčastěji věnuje?
9. Jak často vaše dítě sportuje?
10. Na jaké výkonnostní úrovni sportuje? (rekreační, výkonnostní nebo vrcholové)
11. V jakém zařízení (organizaci) vaše dítě sportuje?
12. Z jakého důvodu začalo vaše dítě sportovat?
13. Kde jste získal(a) informace o možnostech sportování vašeho dítěte?

#### Část C - nesportující děti

14. Z jakého důvodu vaše dítě v současnosti nesportuje?
15. Provozovalo vaše dítě sportovní aktivitu v minulosti? Pokud ano, jakou?



16. Kde by jste získával(a) informace o nabídce sportovního vyžití pro vaše dítě v Českých Budějovicích?

Příloha č. 2

1. CZP JČ



Příloha č. 3 Víceúčelová bezbariérová sportovní hala 1. CZP JČ



Příloha č. 4 Vrhácký sektor 1. CZP JČ



Příloha č. 5 Speciální pneumatické posilovací stroje 1. CZP JČ



Příloha č. 6 Plavecká výuka Kontakt bB

